

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho  
emocional em enfermagem na preparação da criança e  
sua família**

**Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis**

**Lisboa**  
**2017**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center of the page.



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

#### **Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família**


**Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis**

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*A Enfermagem é uma arte e para realizá-la como  
arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo  
tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou  
escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio  
mármore comparado com tratar do corpo vivo, o  
templo do espírito de Deus?  
É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das  
artes!*

**Florence Nightingale**

*Não somos “fruto” do acaso...  
Somos “produtos de algo e/ou alguém”...  
É o nosso “percurso” que nos “constrói”,  
Que nos “molda”,  
Que nos vai “esculpindo”...*

**José Saramago**



## **Agradecimentos...**

Ao meu **marido**, amigo e fiel companheiro, por todo o amor, paciência, confiança, compreensão e motivação ao longo deste percurso formativo e de me fazer sentir capaz de superar todas as adversidades perante cada etapa da minha vida... juntos somos sempre mais fortes...

Aos meus queridos **pais e avós**, por toda a dedicação incondicional e carinho, por serem as pessoas maravilhosas que são e por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor... sendo um dos pilares da minha vida,

Aos **meus sogros**, por todo o carinho, apoio e compreensão que sempre me dedicam,

A todos os **familiares e amigos**, por estarem sempre presentes com um sorriso encantador e uma palavra de esperança,

À **enfermeira coordenadora e diretora**, do “meu” hospital por todo o apoio, confiança e motivação que imprimem no meu dia-a-dia,

Aos **colegas**, pelos desabafos partilhados e palavras de incentivo,

A todas as **enfermeiras de referência**, por toda a disponibilidade, partilha de conhecimentos e orientação ao longo dos diferentes contextos formativos,

A todas as **crianças**, pela inspiração em que me envolvem todos os dias,

À **Professora Doutora Paula Diogo**, pela sua orientação crítica, apoio, assertividade e transmissão de saberes no decorrer deste percurso... com vários obstáculos no seu caminho,

**A todos manifesto a minha profunda gratidão!**





## RESUMO

A hospitalização de uma criança é acompanhada por experiências emocionais marcantes para os seus protagonistas. A admissão num ambiente desconhecido, a alteração do quotidiano de vida e a privação de contacto com os seus contextos de referência, implica o confronto com variados stressores, que conduzem a múltiplas reações e estratégias de *coping* vividos pela criança/família, podendo esta experiência influenciar negativamente o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso.

A vivência de um evento emocional crítico na vida de um ser humano vulnerável impõe aos enfermeiros uma mobilização de recursos, estratégias e competências emocionais no processo de cuidar desta criança e sua família. A intervenção do enfermeiro deve contribuir para que esta vivência seja menos angustiante, minimizando os fatores de *stress* e facilitando os recursos e habilidades emocionais individuais para lidar com os mesmos.

O objeto de estudo deste percurso formativo é o cliente pediátrico com necessidade de cirurgia, e através deste relatório pretende-se demonstrar o percurso formativo experienciado no contexto dos estágios através de uma análise crítica pessoal e profissional, e integrando uma reflexão das aprendizagens e competências adquiridas.

Mobilizando a teoria das transições de Meleis e tendo em conta as vivências emocionais do cliente pediátrico e família perante um momento de transição, foram articulados durante este percurso os referenciais teóricos e de evidência científica centrados na temática do trabalho emocional, da preparação para a cirurgia e dos cuidados centrados na família, procurando desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem.

Para o desenvolvimento do conhecimento e aquisição das competências preconizadas, foram mobilizadas atividades e reflexões ao longo dos estágios de aprendizagem, estando sempre presente um modelo de reflexão focado na prática da enfermagem baseada na evidência.

**Palavras-chave:** Enfermagem pediátrica, cirurgia, hospitalização, emoções

## **ABSTRACT**

The hospitalization of a child is followed by emotional experiences which are striking for the protagonists. Admission to an unknown environment, change in daily life and deprivation of contact with their reference contexts implies a confrontation with different stressors that lead to multiple coping reactions and coping strategies experienced by the child/family which can negatively influence the harmonious growth and development.

Experiencing a critical emotional event in the life of a vulnerable human being requires therefore nurses to mobilize resources, strategies and emotional competence in the care of this child and his family. The nurse intervention should help to ensure a less distressing experience, minimizing stress factors and to facilitate the individual emotional resources to deal with them.

The study object of this training course is the pediatric client in need of surgery, thus, this report aims to demonstrate the formative path during the training modules through a personal and professional critical analysis and integrating a reflection of the acquired learnings and skills during the course.

Mobilizing the Meleis transitions theory, while taking into account both the pediatric client and his family emotional experiences while facing a moment of transition, were articulated along this course, and also the theoretical references and scientific evidence focousing the emotional nursing labour, surgery preparation and the family-centered care, aiming to develop the child and youth specialist nurse skills.

To develop knowledge and acquisition of skills recommended activities and reflections were mobilized throughout the various learning stages, while following a reflection model focusing the evidence-based practice nursing.

**Key words:** Pediatric Nursing, surgery, hospitalization, emotions

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

**ARSLVT** – Administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**ACES** – Agrupamentos de centros de saúde

**CCF** – Cuidados centrados na família

**CHLC** – Centro hospitalar de Lisboa central

**CHLN** – Centro hospitalar de Lisboa norte

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMEESIP** – Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**CPC** – Consulta de preparação para a cirurgia

**CVSIJ** – Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

**DGS** – Direção Geral de saúde

**EE** – Enfermeiro especialista

**EESCJ** – Enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem

**ELI's** – Equipas locais de intervenção (precoce)

**EPE** – Entidade pública empresarial

**ESEL** – Escola superior de enfermagem de Lisboa

**IPI** – Intervenção precoce na infância

**MCEESIP** – Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica

**NACJR** – Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

**NIPS** – Neonatal infant pain scale

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PIIP** – Plano individual de intervenção precoce

**PMCQCE** – Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

**PNSIJ** – Programa nacional de saúde infantil e juvenil

**PPQCE** – Programa de padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem

**PQCEECSJ** – Programa de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem

**SNIPi** – Sistema nacional de intervenção precoce na infância

**SNS** – Serviço nacional de saúde

**SUP** – Serviço de urgência pediátrica

**UCIN** – Unidade de cuidados intensivos neonatais

**UCInt.** – Unidade de cuidados intermédios

# SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA .....	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	12
1.1. Filosofia dos cuidados em enfermagem pediátrica .....	12
1.2. Emocionalidade vivida pela família perante a hospitalização da criança: o trabalho emocional do enfermeiro .....	14
1.3. Preparação da criança e família para a hospitalização e cirurgia .....	16
1.4. A teoria das transições de Meleis .....	18
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO .....	21
3. O PERCURSO FORMATIVO... DE GENERALISTA A ESPECIALISTA .....	23
3.1. A criança/jovem no serviço de urgência pediátrica .....	27
3.2. O recém-nascido de alto risco .....	37
3.3. A criança/jovem na comunidade .....	44
3.4. A criança com necessidade de cirurgia .....	50
3.5. A criança hospitalizada num internamento de pediatria .....	57
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

## APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de estágios

Apêndice II – Diagnóstico inicial de situação

Apêndice III – Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice IV – Grelha de observação

Apêndice V – Diários de campo do percurso formativo

Apêndice VI – Reflexão sobre as práticas: Jornais de aprendizagem

Apêndice VII – Atividades de formação enquanto formanda ocorridas durante os estágios

Apêndice VIII – Resumo de comunicação livre apresentada no IV Encontro de Benchmarking da OE

Apêndice IX – Folheto – Como ajudar a criança a diminuir o medo da cirurgia? Informações para pais/familiares

Apêndice X – Dossier temático – Cuidar da criança: o trabalho emocional do enfermeiro

Apêndice XI – As vivências emocionais da mãe de um RN prematuro internado numa UCIN

Apêndice XII – Consulta de vigilância de saúde infantil e avaliação do desenvolvimento infantil através da Escala de Mary Sheridan Modificada

Apêndice XIII – Construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem na consulta de preparação para a cirurgia

Apêndice XIV – Diagnóstico de necessidades formativas na equipa de enfermagem do internamento pediátrico

Apêndice XV – Sessão de formação - Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família

## ANEXOS

Anexo I – Programa do IV Encontro de Benchmarking da OE

Anexo II – Ficha de candidatura para o IV Encontro de Benchmarking da OE

Anexo III – Certificado de experiência formativa no IV Encontro de Benchmarking da OE

Anexo IV – Programa do Iº Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa

Anexo V – Certificado de experiência formativa no Iº Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa



## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório surge como o culminar do processo formativo do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O CMEESIP permite a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes que conferem uma prestação de cuidados avançados à criança, sendo esta especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença.

No enquadramento do plano de estudos do CMEESIP, o estágio constitui um segmento de formação importante, uma vez que proporciona diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica inerentes ao desempenho de funções na área de atuação do EESCJ.

Terminado o período de estágio, e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências conducentes à obtenção do grau de mestre e EESCJ, surge a elaboração deste relatório como momento de consolidação das aprendizagens e que visa justificar a temática desenvolvida ao longo dos estágios, documentar o percurso formativo ao longo dos diferentes contextos de estágio, através de uma análise crítica das atividades desenvolvidas, recursos utilizados e competências adquiridas, e refletir sobre a importância deste projeto formativo/pessoal ao nível profissional e enquanto futura EESCJ.

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como uma disciplina autónoma do conhecimento científico, englobando um corpo de conhecimentos próprio e é considerada como uma ciência orientada para a compreensão e conhecimento da forma como os seres humanos lidam e vivem os desafios que as alterações nos estados de saúde e as transições que experienciam lhes colocam. Desta forma, a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas por processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida, que exijam adaptação pelos indivíduos, famílias e comunidades (Silva, 2007).

Em pediatria, embora ao longo do tempo tenha ocorrido uma evolução significativa, continua a estar associada à hospitalização de crianças uma conotação negativa, considerando-se como uma experiência emocional assustadora, fonte de *stress* e ansiedade intensa para a maioria das crianças e suas famílias, principalmente no internamento por motivo de cirurgia eletiva, em que o período que antecede uma cirurgia é acompanhado de grande carga emocional para a criança e família, e implica uma transição nas suas vidas.

A transição, como conceito central em enfermagem, pode ser desencadeada por eventos ou pontos críticos, e requer que o indivíduo seja capaz de incorporar as mudanças na sua vida, alterando o seu comportamento e redefinindo a sua identidade. Meleis e Trangenstein (2010) definiram transição como “uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro... Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente” (p. 67).

Conhecendo os padrões facilitadores e inibidores do processo de transição em cada criança e sua família, o enfermeiro pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição, com o objetivo de reestabelecer a instabilidade gerada.

A hospitalização de uma criança por motivo de cirurgia, considerando-se um evento emocional crítico para a criança e sua família, desencadeia na família uma transição situacional e uma transição saúde/doença na criança, à luz da Teoria de Meleis, tornando-os vulneráveis. Neste âmbito, em crianças submetidas a cirurgia, o enfermeiro ao efetuar a preparação para a cirurgia vai desempenhar um papel fundamental na ajuda à criança e família a viver uma transição, adotando uma dinâmica de prestação de cuidados centrados na família, na qual a “família é reconhecida como parceira, como uma constante na vida da criança, que é apoiada, respeitada e encorajada a potencializar as suas forças e competências” (Marques, 2011, p. 16).

O EESCJ trabalha em parceria com a criança e família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família (Diário da República [DR], 2011b).

Tendo por base que as pessoas que vivenciam transições tendem a ser mais vulneráveis a riscos, e ficam emocionalmente mais fragilizadas, o que pode afetar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2012), e que a perícia em matéria de tomada de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem, são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001), no decorrer deste percurso adotei como preocupação transversal a temática: **Cuidar de crianças submetidas a cirurgia - o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família**, visando dar resposta a uma inquietude da minha prática profissional e, simultaneamente, desenvolver competências nos cuidados prestados à criança e sua família.

Ao longo deste relatório pretende-se sistematizar o percurso para a aquisição de competências enquanto EESCJ, indo ao encontro da problemática das vivências



emocionais da criança submetida a cirurgia e sua família e da intervenção do enfermeiro como agente facilitador no processo de transição dessas crianças/famílias, procurando sustentar todo o percurso em evidência científica, pelo quadro de referência da Teoria das Transições de Afaf Meleis e pelas filosofias de cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos.

A elaboração deste relatório assentou numa metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre a prática desenvolvida nos diferentes contextos de estágio e aprendizagens realizadas, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, estimulando um “querer saber” como algo dinâmico e sempre presente.

Estruturalmente este documento encontra-se dividido por capítulos. Num primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento conceptual sobre a temática inerente, assente e sustentado num referencial teórico e filosófico e, em seguida, encontrar-se-á um segundo capítulo dedicado à problemática e pertinência do objeto de estudo. No terceiro capítulo, aborda-se o percurso de estágio através de um caminho reflexivo, organizado de acordo com os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e os recursos mobilizados em cada contexto de estágio, com vista à aquisição/consolidação das competências inerentes à intervenção do EESCJ. As competências adquiridas encontrar-se-ão exploradas ao longo da análise do percurso realizado. Por último, efetuam-se as considerações e reflexões finais sobre todo o percurso descrito na sua globalidade, onde serão apresentados de forma sucinta os contributos deste percurso formativo, a sua importância para a aquisição de competências de EESCJ, e é ainda feita uma breve referência a projetos futuros que permitirão dar continuidade ao trabalho desenvolvido. Em anexos apresentam-se os trabalhos elaborados que fundamentam as atividades desenvolvidas.

Deste modo, este documento pretende tornar-se a imagem de uma longa caminhada, de preparação para uma prestação de cuidados, que se traduza numa performance “de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao ‘mundo’ da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e segurança do cliente” (Kelly *et al*, 2007, citado por DR, 2011b, p. 8653).

Este trabalho foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico, de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2017), tendo optado pelas normas de citação e referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição. Foi também privilegiado o anonimato de clientes, equipas e organizações.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O desenvolvimento deste primeiro capítulo é o resultado de uma pesquisa efetuada a partir de alguns conceitos chave: criança e hospitalização, cirurgia pediátrica, vivências emocionais da criança e sua família, gestão de emoções, trabalho emocional em enfermagem, enfermagem pediátrica, parceria de cuidados, cuidados não traumáticos, preparação para a cirurgia e teoria das transições.

O capítulo inicia-se por uma abordagem à filosofia dos cuidados em enfermagem pediátrica, em seguida é feita uma breve abordagem à família, pelo seu papel central na vida da criança e à gestão das emoções. Por último, apresenta-se uma revisão sobre a preparação da criança e sua família para a hospitalização e cirurgia e o trabalho emocional do enfermeiro no processo de transição vivenciado pela criança/família, tendo sempre por base como referencial a teoria das transições de Meleis, cujos conceitos do metaparadigma de enfermagem se inscrevem no paradigma da transformação.

### 1.1. Filosofia dos cuidados em enfermagem pediátrica

A família de uma criança hospitalizada, com necessidade de cirurgia, independentemente da idade da mesma, estará com a sua segurança emocional afetada (Barros, 2003; Moro & Módolo, 2004; Broering & Crepaldi, 2011), porém, a filosofia dos CCF em pediatria reconhece a família como pólo central na vida de uma criança. A participação dos pais nos cuidados hospitalares é, para Casey (1993), a peça chave dos CCF, cujo objetivo principal é o bem-estar da criança e família, procurando-se com esta filosofia manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança hospitalizada e ajudar a promover a normalidade das rotinas e da unidade familiar.

A importância da família como uma parte constante na vida da criança é, então, reconhecida pela filosofia dos cuidados de enfermagem à criança, centrando os cuidados na família, tendo por base componentes como o respeito, a colaboração e o apoio (Newton, 2000) e num evento de doença da criança, é reconhecida a primazia do papel da família nos cuidados, uma vez que os cuidados à criança devem ser em forma de proteção, estímulo e amor (Casey, 1993).

Segundo o regulamento dos PQCEECSJ, o conceito de pessoa nesta área de especialidade é considerado sob o binómio: criança/jovem e família. A criança “apresenta-se dependente dos cuidados da família, de forma a suprimir as suas necessidades, com vista ao seu desenvolvimento saudável, até adquirir novas

capacidades e conhecimentos, que lhe permita ser cada vez mais independente até alcançar a autonomia” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a, p. 4).

A inclusão da família nos cuidados à criança é assim essencial para a saúde e bem-estar da mesma, sendo, segundo Hockenberry e Wilson (2014), a parceria entre os enfermeiros e os pais um mecanismo que facilita a capacitação, no que diz respeito à criação de oportunidades e meios para que todos os membros da família revelem as suas atuais habilidades e competências e adquiriram novas para dar resposta às necessidades da criança, e o *empowerment* da família. Os pais fazem parte da equipa, sendo respeitados pelos profissionais e tendo o direito de tomar decisões sobre o que é importante para eles e para a criança e, por sua vez, os profissionais devem apoiar e reforçar a capacidade da família de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

Uma intervenção de enfermagem fundamental é o fornecimento de informações relativamente à doença, ao seu tratamento e prognóstico, à reação emocional e física da criança à doença e hospitalização, e às prováveis reações emocionais da família perante este evento (Hockenberry & Wilson, 2014). A prática da enfermagem pediátrica é cada vez mais dinâmica e multifacetada, incluindo intervenções inovadoras e apropriadas ao desenvolvimento, para melhorar os cuidados e resultados em saúde, através de uma comunicação sensível para explicar as *nuances* da doença e tratamento e de um ensino à criança/família sobre saúde e cuidados relacionados com a doença, reduzindo o *stress* associado à doença/cuidados de saúde e melhorar a capacidade de aceitação, incluindo a criança como participante ativo no seu processo de doença (Christian, 2013).

A intervenção do enfermeiro pode assim contribuir para que a experiência de hospitalização seja menos angustiante, facilitando a gestão da emocionalidade, apoiando os pais na manutenção do seu papel parental, capacitando e minimizando os fatores de *stress* e facilitando os recursos individuais para lidar com eles, através da tomada de decisão e prestação de cuidados.

Para além dos dois conceitos emergentes anteriormente, os CCF e a parceria de cuidados, o cuidar em contexto pediátrico deve ainda atender ao respeito pelos direitos universais da criança, pela carta da criança hospitalizada e pelo princípio da universalidade e assentar em cuidados não traumáticos, que se entendem por um “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e seus familiares, em qualquer lugar, no sistema de

cuidados de saúde” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 12). O objetivo maior é não causar dano, e para tal é essencial o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que evitem ou minimizem a separação da criança da família, promovam uma sensação de controlo e evitem ou minimizem lesões e dores, intervenções fundamentais em crianças submetidas a cirurgia a vivenciarem uma transição no seu processo de crescimento.

## **1.2. Emocionalidade vivida pela família perante a hospitalização da criança: o trabalho emocional do enfermeiro**

Em enfermagem, humanizar os cuidados é juntar na relação a criança e sua família, promovendo uma oportunidade de crescimento de todos os membros, ajudando-os a vivenciar uma fase do ciclo de vida de forma construtiva, contribuindo para a promoção da sua saúde e do seu bem-estar. A família é um sistema em aberto em que os elementos que a constituem se encontram em contínua interação entre si e com o meio que as envolve e o comportamento de um dos membros é passível de afetar os restantes e o da família como unidade global, provocando mudanças a nível individual, parental, conjugal e fraternal (Jorge, 2004).

Na perspetiva das neurociências, os conceitos de emoção e sentimento são distintos, estando o primeiro relacionado com as ações/movimentos passíveis de ser observados pelo outro, enquanto o segundo corresponde a fenómenos mentais aos quais apenas o próprio tem acesso (Damásio, 2003). Estes conceitos estão intimamente interligados: os sentimentos são gerados por emoções, permitindo que estas se tornem conscientes para a pessoa e as emoções são a transformação dos sentimentos em ação ou expressão, tornando-se visíveis aos outros.

Na perspetiva da enfermagem, as emoções constituem o processo de sentir através da relação com o meio e desempenham uma função de defesa e regulação da vida, assim as “emoções dizem respeito àquilo que a pessoa sente, que pode ser de tonalidade positiva ou negativa, podem ser perturbadoras ou gratificantes [e] são despoletadas por um evento (...) associado a uma experiência emocional” (Diogo, 2015, p. xv).

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear um evento de crise emocional: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel parental, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e a capacidade de apoio ao sofrimento da criança. Uma vez que tudo se torna diferente numa hospitalização, torna-se imperioso o

conhecimento das repercussões que a hospitalização de uma criança tem na família, não podendo, por isso, ser esquecido quando a criança é admitida em hospital. Sendo a família a principal fonte de segurança e apoio para a criança, os enfermeiros têm que diagnosticar a forma como esta vive a transição e intervir adequadamente, de modo a que a hospitalização de um filho não se torne num evento crítico mal aceite, numa transição muito perturbadora ou causadora de muitas alterações no seu papel parental.

Quando a criança é hospitalizada, a família entra em sofrimento causado pela própria situação de saúde e pela mudança de ambiente, sendo os pais confrontados com a necessidade de assumir um papel parental que resulte das expectativas dos familiares mas também das expectativas dos profissionais. Os enfermeiros devem então estar atentos às emoções que os pais podem vir a desenvolver tendo em conta as mudanças sentidas no seu papel, uma vez que necessitam de suporte para vivenciar os sentimentos desencadeados por uma hospitalização e pelas alterações do seu papel parental.

Enquanto para a criança, o acompanhamento da sua hospitalização pela presença de um familiar significativo constitui num aumento da segurança e confiança no processo de hospitalização (Teixeira & Figueiredo, 2009), tendo em conta que “os pais são a âncora e de importância vital para os filhos em todo o processo [pois a] (...) é a melhor forma de tornar o internamento o mais familiar possível” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 10), para os pais, a hospitalização pode significar separação do seu filho e a quebra na organização do quotidiano: deslocações, aumento das despesas, faltas ao trabalho e ausência do lar (Jorge, 2004), implicando a vivência de uma transição situacional.

Para Diogo (2015) no decurso da sua prática profissional o enfermeiro regula as suas emoções e as do outro; regulação que denomina por trabalho emocional. O conceito de trabalho emocional tem a sua origem na sociologia, definido por Hochschild (1983) como a capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (p. 7). Este conceito foi aplicado e desenvolvido pela enfermagem em estudos que tiveram início nos anos 90, por Pam Smith, e identificam nessa intervenção como principais componentes o “dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, utilizar o humor, ser agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o utente e ajudar a resolver os seus problemas” (Smith, 1991, citado por Diogo, 2015, p. 41).

O trabalho emocional do enfermeiro deve ser assim visto como uma intervenção com finalidade terapêutica, tendo em conta a dupla centralidade do trabalho emocional: enfermeiro e cliente. Diogo (2015) no seu estudo sobre o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico no cuidar em contexto pediátrico, identifica ações/interações que contribuem para uma gestão das emoções das crianças com necessidade de hospitalização e dos seus pais, promotoras de uma “modificação dos estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar” (p. 130).

### **1.3. Preparação da criança e família para a hospitalização e cirurgia**

A hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica são sempre experiências estranhas e assustadoras para a maioria das pessoas, especialmente para a criança, sendo “a experiência da criança submetida a cirurgia (...) uma vivência individual, não descurando o binómio criança/família” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7). A experiência de uma hospitalização representa um evento crítico e delicado na vida de uma criança, que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Jorge, 2004), sendo as crianças mais vulneráveis do que os adultos ao *stress* da cirurgia e existindo condições que lhe estão inerentes e que não sendo suscetíveis a mudanças podem contribuir para o agravamento desta experiência traumática.

“A ansiedade, o medo, o choro, e outras reações são conhecidas da nossa prática como manifestações à separação familiar e ao ambiente hospitalar” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7), não só pela antecipação do desconhecido e incerteza do que é esperado, mas também pela falta de controlo sobre os eventos, a falta de familiaridade com o meio ambiente, a separação das crianças e sua família da segurança e rotinas do seu lar (Glasper & Haggarty, 2006; Gordon et al., 2010; Healy, 2013), bem como pelos receios inerentes à anestesia e à cirurgia. As respostas emocionais da criança e sua família à hospitalização podem também incluir sentimentos de tristeza, solidão, raiva, distorção da imagem corporal e medo, por perda do autocontrolo sobre as funções corporais, segundo Wennström, Hallberg & Bergh (2008, citando Barnes et al., 1990; Ellerton et al., 1994).

Uma sobrecarga emocional na criança, devido a um internamento, pode ter significativas consequências físicas, psicológicas e comportamentais que podem ser negativas na capacidade de lidar com a cirurgia, inibir a sua recuperação pós-operatória e podem ser duradouras na sua vida (Moro & Módolo, 2004; Li, Lopez & Lee, 2007), no

entanto, a reação da criança à situação ameaçadora da hospitalização é influenciada por múltiplos fatores, onde se incluem a quantidade e tipo/qualidade da informação fornecida e o suporte que a criança recebe dos pais (Justus et al., 2006).

Existe a aceitação pelos enfermeiros de pediatria de que os sentimentos dos pais são transmitidos às crianças, que reconhecem o seu medo/ansiedade e baseiam a sua própria capacidade de lidar com a situação com a de seus pais (Barros, 2003) e a relação direta entre a ansiedade da criança e pais tem sido bem documentada, estando demonstrado que a ansiedade dos pais induz ansiedade na criança durante o período pré-operatório (Li & Lam, 2003; Moro & Módolo, 2004; Fortier et al. (2010a), citado por Fincher, Sahw & Ramelet, 2012), sendo assim importante minimizar a ansiedade dos pais de crianças submetidas a cirurgia, pois, como referido por Fincher et al. (2012), a diminuição da ansiedade da criança no período pré-operatório revela-se uma intervenção importante no controlo da experiência e sensação de dor no pós-operatório.

Dada a amplitude das necessidades emocionais que a criança experimenta quando é admitida ao hospital, muitas vezes maiores que as necessidades físicas, tem havido por parte das instituições hospitalares, um investimento no desenvolvimento de estratégias para ajudar as crianças e famílias a lidar com esta situação, estratégias essas que têm incidido na preparação da criança/família para atos cirúrgicos. Uma preparação pré-operatória vai então funcionar como uma estratégia de informação/preparação que permita dotar a criança/família de competências sensoriais e processuais relativamente à cirurgia/hospitalização, que “facilitem a percepção da realidade da experiência (...) bem como dar-lhe o apoio que permita expressar em segurança (...) as emoções decorrentes da mesma” (Huerta, 1996, p. 342), minimizando os sintomas/distúrbios emocionais associados, diminuindo o impacto potencialmente traumático de uma situação de crise, promovendo uma recuperação mais rápida e uma parentalidade positiva.

Os estudos têm mostrado que familiarizar a criança e família com o ambiente hospitalar e o material que será usado e explicar os procedimentos que serão efetuados pode ter resultados positivos na redução da ansiedade da criança e sua família (Li & Lam, 2003), ou seja, a preparação pré-operatória torna-se eficaz no suporte psico-emocional para as crianças (Pimentel, 2001; Andraus, Minamisava & Munari, 2004; Teixeira & Figueiredo, 2009; Vaezzadeh et al., 2011). Assim, a preparação para a cirurgia fornece à criança e sua família competências para lidar/enfrentar as reações emocionais inerentes ao evento de crise vivenciado, uma vez que para a criança e sua

família o medo do desconhecido é sempre superior ao medo do que conhece (Oliveira, Laceiras, Pereira & Silvestre, 2005).

Os resultados do estudo de Teixeira e Figueiredo (2009) demonstram que as crianças submetidas a uma intervenção de enfermagem pré-operatória revelam uma maior compreensão, aceitação e reconhecimento da cirurgia e dos procedimentos de que serão alvo, estabelecendo mais facilmente uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem, relatam menos medo, encarando a experiência da hospitalização como fonte de aprendizagem, o que demonstra a importância do trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança/família para a cirurgia.

#### **1.4. A teoria das transições de Meleis**

O conceito de transição é central para a enfermagem, pois os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com os indivíduos que vivem transições (Schumacher & Meleis, 1994). Através da análise de vários estudos, Meleis et al. (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance que descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem – a Teoria das Transições de Meleis.

A enfermagem pretende ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a sua energia pode ser mobilizada (Meleis & Trangenstein, 2010), sendo que o enfermeiro interage com o ser humano, parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença que vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação (Meleis, 2012).

A definição mais comum de transição é a de Chick & Meleis (1986):

a passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta (pp. 239-240).

Para as mesmas autoras, a transição promove a aquisição de novos conhecimentos, no sentido de a pessoa modificar os seus comportamentos, sendo o processo de transição influenciado por várias condições, tais como, os significados, as



expectativas, os níveis de conhecimento e as habilidades, o ambiente, os níveis de planeamento e o bem-estar emocional e físico (Schumacher et al., 1994; citado por Meleis, 2012). As transições são acompanhadas por várias emoções, muitas das quais relacionadas com dificuldades encontradas ao longo do processo de transição pois os vários eventos na vida das pessoas exigem respostas para que estas possam ultrapassar momentos de instabilidade, mudanças de autoestima ou de desempenho de papéis, ansiedade, depressão e insegurança, para alcançar o equilíbrio perdido (Zagonel, 1999).

Foram identificados quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem, vividas individualmente pelos utentes ou pelas famílias: desenvolvimental (associada a mudanças no ciclo vital), saúde/doença (mudanças súbitas de papel, que resultam da mudança de um estado de saúde para um de doença), situacional (relacionada com eventos, esperados ou não, que desencadeiam alterações e ajudam o indivíduo a enfrentar e a adaptar-se a uma nova situação), e organizacional (Meleis et al., 2000).

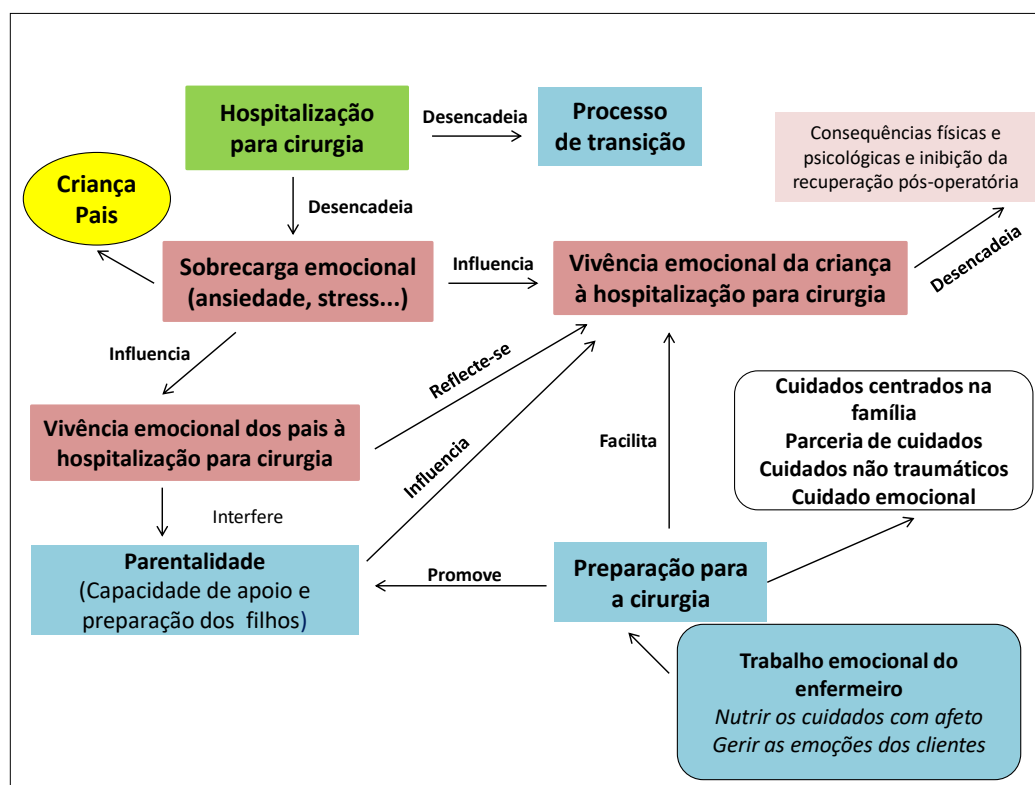
Embora exista uma tipologia das transições, os resultados obtidos por vários estudos demonstraram que as experiências das transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas, pelo que tendo em conta este aspeto, os enfermeiros devem concentrar-se não apenas num tipo específico de transição, mas sim nos padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar. A literatura enumera alguns eventos como períodos de transição: parentalidade, adolescência, doença, recuperação, hospitalização, maturidade, gravidez, perda, morte e as respostas a estes eventos englobam vivências emocionais indissociáveis do contexto sociocultural. Por exemplo, as transições de desenvolvimento podem surgir quando a criança e sua família vivenciam um processo de maturação (a transição para a parentalidade), por sua vez, numa situação de saúde-doença, a criança e sua família encontram-se, inicialmente em equilíbrio (saúde), mas ao serem confrontados com uma situação inesperada, uma cirurgia (transição situacional), passam para um estado de doença.

Meleis et al. (2000) referem que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que passam por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que

promovam respostas positivas. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2012).

Para Meleis et al. (2000) o significado atribuído ao evento precipitante da transição e ao processo de transição em si pode facilitar ou dificultar uma transição saudável (Meleis, 2012). Uma intervenção cirúrgica representa para qualquer pessoa, em qualquer fase do ciclo vital, um evento crítico na sua vida (transição) e a criança e família têm competências para utilizar as forças e estratégias de confronto (Hockenberry & Wilson, 2014), no entanto, para evoluírem para um novo estado, necessitam do envolvimento e suporte de todos os envolvidos, para que possam superar esse período de transição. Assim, no sentido de apoiar e estimular o desenvolvimento de competências parentais em situação de transição, será preponderante o papel do enfermeiro e a sua aposta na assistência, no ensino e na informação que fornece aos pais, pois através do aumento do conhecimento dos pais, e do cuidado em parceria, será possível o desenvolvimento das suas competências e gestão das suas emoções, contribuindo para o desenvolvimento da criança e bem-estar da criança/família.

No diagrama que se apresenta em seguida procura-se fazer a síntese de todos os conceitos apresentados ao longo dos subcapítulos.



**Diagrama 1 – Mapa conceptual**

## 2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

No serviço de internamento de pediatria médico-cirúrgico, onde desempenho o meu exercício profissional, são internadas crianças do foro cirúrgico com internamento programado. No entanto, verifica-se que a maioria das crianças hospitalizadas para intervenção cirúrgica programada têm pouca informação relativamente aos procedimentos a que são submetidas, o que me leva a acreditar, bem como à equipa de enfermagem do serviço, que os receios dos pais em não conseguir lidar com a eventual reação da criança os leva a ocultar informações, indo de encontro a Huerta (1996), que concluiu que o medo de não saber como lidar com as eventuais reações da criança leva os pais a preferir ocultar informações ou mesmo mentir sobre o procedimento e sua finalidade.

Deste modo, torna-se “necessário proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a perceção da realidade da experiência (...) bem como dar-lhe o apoio que lhe permita expressar em segurança e de acordo com seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da mesma” (Huerta, 1996, p. 342). Tendo em conta o artigo 4º da Carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 1996), “as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito” e de acordo com que se verifica no dia-a-dia do meu desempenho de funções, a criança/família surge muitas vezes com défice de conhecimentos sobre a situação que vai vivenciar.

A família adequadamente preparada estará em condições para desempenhar o seu papel parental "protetor", provendo o apoio e a segurança de que a criança tanto precisa para enfrentar a experiência de hospitalização e cirurgia, bem como estará também mais bem habilitada para participar de maneira mais apropriada nos cuidados pós-operatórios, bem como de continuar a cuidar da criança após a alta.

De acordo com o problema identificado, pretende-se estudar ao longo do estágio, as diferentes estratégias e intervenções de enfermagem de modo a desenvolver uma adequada preparação para a cirurgia de crianças e suas famílias.

Existe um intuito de implementar no serviço onde desempenho funções um programa para preparação para a cirurgia, indo ao encontro aos estudos que demonstram a sua utilidade e benefício na cooperação dos pais e melhoria da interação das crianças com os profissionais de saúde, com o objetivo da melhoria dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde.

Para Hockenberry e Wilson (2014) é comum, os pais das crianças hospitalizadas, manifestarem frustração, para além dos sentimentos de medo e ansiedade, estando esta frequentemente relacionada com o desconhecimento de normas e rotinas da instituição, com a falta de informação acerca de procedimentos/tratamentos e, em particular, por não se sentirem bem acolhidos pela equipa. Este sentimento pode ser minimizado se ocorrer uma preparação pré-operatória, dando aos pais informações sobre o que podem esperar da instituição, do procedimento a efetuar, sobre o que é esperado deles, tornando o ambiente mais familiar, e estimulando-os a participar nos cuidados, considerando-os elementos essenciais no processo de cuidar. Um estudo realizado em Portugal revela que as crianças a quem foi efetuada uma intervenção de enfermagem pré-operatória, demonstram maior entendimento, aceitação e reconhecimento do procedimento cirúrgico a efetuar, relatam menos medo, encaram a experiência como uma fonte de aprendizagem, estabelecem mais facilmente uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem e expressam como tranquilizante a presença dos familiares (Teixeira & Figueiredo, 2009).

No sentido de apoiar e estimular o desenvolvimento de competências parentais em situação de transição, será preponderante o papel do enfermeiro e a sua aposta na assistência, no ensino e na informação que fornece aos pais. Uma correta preparação pré-operatória deverá ser efetuada ao binómio criança/família, incluindo uma preparação física adequada mas tendo como objetivo central a preparação psico-emocional da criança e sua família, onse se inscreve o conceito do **trabalho emocional do enfermeiro na preparação da criança e sua família para a cirurgia**, que emerge como objeto de estudo deste relatório.

O trabalho emocional vai assim permitir proteger e favorecer o desenvolvimento integral da criança, restaurando e mantendo a sua saúde física e intervindo perante a situação de transição que ocorre com a necessidade de cirurgia, minimizando dificuldades e maximizando as potencialidades e competências da criança e sua família.

### 3. O PERCURSO FORMATIVO... DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

Este terceiro capítulo faz referência ao percurso vivenciado em estágio, que se desenvolveu ao longo de dezoito semanas, em cinco campos de estágio distintos, com uma carga horária de três turnos por semana, de acordo com o **cronograma de estágio** (Apêndice I) delineado no projeto para estágio elaborado no segundo semestre do CMEESIP e que traduz o percurso numa vertente temporal e espacial.

Cada estágio foi efetuado em serviços onde a prestação de cuidados incidia sobre um campo de intervenção particular da enfermagem, nomeadamente e por ordem cronológica: o serviço de urgência pediátrico, a unidade de cuidados intensivos neonatais, os cuidados de saúde primários, as consultas externas de pediatria e o internamento pediátrico. A escolha dos locais de estágio e a duração de cada experiência clínica relacionou-se com a necessidade de compreender a dimensão do exercício profissional do EESJCJ nos diferentes contextos assistenciais e permitindo um encontro harmonioso com a problemática transversal deste relatório, as vivências emocionais da criança submetida a cirurgia e sua família e o trabalho emocional do enfermeiro na transição vivenciada pela criança/família perante a necessidade de cirurgia através da preparação para a cirurgia.

O percurso nos diferentes contextos assistenciais foi um período de trabalho, observação, aprendizagem e análise, que permitiu a consciencialização gradual das diferentes intervenções que o EESJCJ necessita de desenvolver e das competências necessárias para o seu desempenho. Para Benner (2001) identificam-se cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, existindo uma evolução gradual e temporal, e esta autora defende que as competências são adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida profissional em cada contexto de trabalho, como complemento de todos os conhecimentos obtidos através de formação.

Deste modo, importa referir que no início deste percurso formativo, existiam já 11 anos de experiência técnica, gestão de recursos humanos e habilidades relacionais, não só como responsável de equipa em unidade de cuidados intensivos pediátricos e de adultos, mas também enquanto enfermeira responsável de um serviço de internamento pediátrico. Esta experiência prévia facilitou o aprimoramento da aquisição de

competências enquanto EESCJ e perita na prestação de cuidados à criança ao longo dos seus estádios de desenvolvimento e em diferentes contextos assistenciais.

Para Le Boterf (1994) competência é definida como um “saber mobilizar”, um “saber integrar” e um “saber transferir”, os conhecimentos e as capacidades e, assim, no CMEESIP a componente de estágio é essencial pela necessidade do futuro EESCJ adquirir essas competências para um cuidar avançado em contexto pediátrico, assistindo a criança/família na maximização da sua saúde, nas situações de especial complexidade em resposta às necessidades e estádios de desenvolvimento da criança (DR, 2011b).

Esta experiência formativa foi sustentada por um projeto elaborado durante o segundo semestre do CMEESIP, onde foram definidos os objetivos gerais para os diferentes campos de estágio e se planearam as atividades a desenvolver para ir de encontro aos objetivos, bem como desenvolver competências enquanto futura EESCJ, tendo por base, na tomada de decisão, os objetivos gerais do Regulamento de competências específicas do EESCJ (DR, 2011b). O percurso formativo culmina na elaboração deste relatório onde, neste capítulo, se pretende espelhar a aquisição e o desenvolvimento de competências de EESCJ conforme preconizado pela OE, através de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas que deram resposta aos objetivos delineados.

A metodologia mobilizada como ferramenta formativa ao longo deste percurso em estágio centrou-se na evidência científica, na observação, numa narrativa descritiva e na reflexão crítica e analítica sobre a prática, face às situações observadas e vivenciadas e em cada interação de cuidados de enfermagem pediátrica, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responda às necessidades identificadas e proporcionando novas formas de intervenção. No exercício clínico dos vários contextos de estágio pretende-se que o estudante faça “uma leitura compreensiva da realidade”, na perspetiva de Alarcão e Rua (2005, p. 380). Assim, enquanto linha de raciocínio orientadora, utilizou-se a análise e reflexão consciente de experiências ocorridas e vivenciadas na prática, sendo essa reflexão crítica e analítica geradora de aprendizagem e de novo conhecimento, bem como de transformação do saber, dotando o enfermeiro de competências com base na evidência, refazendo o seu pensamento e transformando ou consolidando as suas práticas.

Tendo em conta o objeto de estudo delineado - **o trabalho emocional do enfermeiro na preparação da criança e sua família para a cirurgia**, e à luz do

enquadramento conceptual e das competências definidas para o EESCJ, delinearam-se como **objetivos gerais** e **específicos** para o estágio:

- Desenvolver competências específicas em enfermagem especializada na saúde da criança e do jovem
  - ♦ Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde através de uma prestação de cuidados especializados, com elevado grau de qualidade a nível científico, humano e técnico
  - ♦ Prestar cuidados à criança e sua família em especial situação de complexidade
  - ♦ Gerir a dor através da aplicação de conhecimentos em medidas não farmacológicas
  - ♦ Desenvolver a análise crítica e construtiva ao processo de aprendizagem na elaboração do relatório de estágio como forma de expressar as aprendizagens desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos da prática clínica
- Desenvolver competências centradas na filosofia dos cuidados não traumáticos em pediatria
  - ♦ Identificar as necessidades da criança e sua família submetidas a internamento para cirurgia
  - ♦ Promover a vinculação através de uma transição saudável para a parentalidade
  - ♦ Preparar a admissão da criança/família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades, promovendo uma relação positiva entre criança/família e profissionais de saúde
- Desenvolver competências na mobilização dos modelos de intervenção em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente no domínio da transição
  - ♦ Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais
  - ♦ Identificar estratégias de suporte emocional à criança e sua família
  - ♦ Analisar as estratégias e as intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável perante o evento da hospitalização para cirurgia

Como forma de organizar o percurso formativo foi elaborado, no início dos estágios, um documento denominado de **guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice III), no qual se inscreve uma breve contextualização da temática em estudo e se encontram enunciados os objetivos gerais e transversais a todos os campos de

estágio e os objetivos específicos, as atividades propostas e os recursos a utilizar em cada contexto da prática clínica.

As opções e planeamento das atividades de estágio espelhadas nesse documento e neste capítulo tiveram como ponto de partida o enquadramento conceptual sobre a temática em estudo e o **diagnóstico inicial de situação** de cada local de estágio (Apêndice II), concretizado após reuniões com os enfermeiros chefes dos serviços e os enfermeiros de referência no início de cada campo de estágio. Estas reuniões permitiram **conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional, organizacional e qual a filosofia de cuidados adotada** (objetivo específico comum a todos os contextos de estágio e cuja concretização se espelha no Apêndice II), bem como incidir na apresentação do objeto de estudo e a temática inerente ao projeto para o estágio, os objetivos e atividades delineadas. Foram também auscultados outros elementos da equipa de enfermagem para conhecer as necessidades e a receptividade dos mesmos quanto à problemática em estudo.

Enquanto instrumento de trabalho, desenvolveu-se uma **grelha de observação** (Apêndice IV) para registar as emoções vividas pela criança com necessidade de cirurgia, bem como as emoções da sua família, a intervenção do enfermeiro na gestão das mesmas e a disponibilidade emocional dos enfermeiros para cuidar (Diogo, 2015) e cujas observações se encontram espelhadas ao longo deste capítulo. Para uma adequada reflexão crítica das situações vivenciadas foi utilizado como instrumento o registo em **diários de campo** (Apêndice V), onde se apresenta uma “compilação de informação a mais completa possível, sobre uma situação particular” (Gauthier, 2003, p. 259), organizada por ordem temporal da recolha de dados e dos campos de estágio e em **jornais de aprendizagem** (Apêndice VI), tendo por base o modelo de reflexão de Gibbs. A cada diário de campo e jornal de aprendizagem foi atribuído um título para tornar mais fácil a leitura.

O jornal de aprendizagem mostra-se extremamente válido no desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica, nomeadamente nos processos de aprendizagem na prática clínica ou nos estágios de profissionais de saúde pois escrever um jornal é uma oportunidade para refletir e partilhar experiências, confirmar a aquisição de conhecimentos, ajudar no desenvolvimento de uma compreensão do processo de aprendizagem e projetar a atuação no futuro. A escolha do modelo de reflexão de Gibbs prendeu-se com o facto de permitir esquematizar e atribuir uma sequência lógica ao processo reflexivo. Trata-se de uma metodologia de reflexão sobre a ação, com o



principal intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e a desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti, & Oliveira, 2013).

É de salientar que todas as enfermeiras de referência em cada contexto de estágio eram detentoras do título de EESCJ e cada uma delas à sua maneira contribuiu para uma enriquecedora aprendizagem e para o desenvolvimento de atividades que permitiram o crescimento pessoal e profissional e a aquisição/desenvolvimento de competências de EESCJ.

Tendo por base os objetivos traçados, será feita em seguida uma análise das atividades desenvolvidas neste percurso formativo, das aprendizagens que foram proporcionadas, e das competências que pude adquirir e desenvolver, o que se passa a efetivar nos próximos subcapítulos organizados por ordem cronológica e com enfoque em cada contexto da prática clínica.

### **3.1. A criança/jovem no serviço de urgência pediátrica**

A experiência neste contexto clínico teve como finalidade compreender a dinâmica e funcionamento de um serviço neste âmbito assistencial, e participar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem em situações de especial complexidade, e no relato produzido destacarei as dimensões da intervenção do enfermeiro na triagem, na gestão das emoções da criança/jovem e família que recorre ao SUP e vivencia uma transição, na preparação para uma intervenção cirúrgica urgente e na gestão diferenciada da dor em procedimentos urgentes.

Os objetivos definidos para este campo de estágio foram:

Assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde através de uma prestação de cuidados especializados, com elevado grau de qualidade a nível científico, humano e técnico

Prestar cuidados à criança/jovem e família em especial situação de complexidade

Gerir a dor através da aplicação de conhecimentos em medidas não farmacológicas

Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais

Frequentar uma ação de formação para atualização dos conhecimentos científicos

Os serviços de urgência têm por missão “prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, os quais não podem ser

resolvidos nos outros níveis de assistência” (Carret, Fassa, Paniz, & Soares, 2011, p. 1070). O SUP onde foi realizado o primeiro estágio está inserido num hospital EPE, integrado na rede do SNS e dá apoio a uma população que ronda os 600 mil habitantes, superior ao expectável aquando da sua construção (a descrição do SUP encontra-se no Apêndice II). É um serviço que funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, tendo como missão: “prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde” (frase inscrita em quadro à entrada do SUP) e acolhe todas as crianças e jovens desde os 0 aos 17 anos, que se encontram em situação de doença aguda.

Ao SUP recorrem crianças na procura de auxílio na resolução dos processos de transição saúde/doença, quando o saudável crescimento e desenvolvimento de uma criança/jovem são interrompidos por ocorrências indesejadas em termos de saúde. No entanto, verificou-se que muitas das queixas que levam as crianças/jovens a serem atendidas no SUP não necessitam de ser atendidas em ambiente hospitalar, num contexto de urgência, facto apoiado por Pereira et al. (2001) no seu estudo, onde se encontra referido que a superlotação nos serviços de urgência é uma grande preocupação, apontando como principal fator o uso inadequado deste serviço, com problemas não urgentes.

Para uma participação ativa na prestação de cuidados neste contexto desconhecido da minha experiência profissional prévia, iniciaram-se **pesquisas bibliográficas** sobre as patologias mais comuns num SUP, nomeadamente patologias respiratórias (mais frequentes na época do ano em que se realizou o estágio), gastrointestinais e traumatismos. Esta procura de novos conhecimentos permitiu ir ao encontro da competência **E1.2.** em que o EESCJ “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (DR, 2011b, p. 8654), sustentando a prática em evidência científica.

Por norma a admissão num SUP é pautada por ser uma experiência emocional negativa, através da exposição a um ambiente estranho e ameaçador e a experiências geradoras de medo e dor (Hockenberry & Wilson, 2014), assim a doença e a necessidade de recorrer a uma instituição de saúde constituem uma situação de crise para a criança/família e integra, uma complexidade de eventos somáticos, psicológicos, relacionais e sociais. A experiência dos intervenientes neste processo de ida ao hospital

pode tornar-se prejudicial ou numa fonte de crescimento e maturação, consoante os fatores envolvidos e a gestão da emocionalidade efetuada pelos profissionais de saúde.

O enfermeiro como peça chave na equipa multidisciplinar de um SUP está habilitado para reconhecer que é difícil gerir as emoções dos clientes nesta fase, que vivenciam picos emocionais intensos (Diogo, 2015) e deverá ter como objetivo “ajudar as pessoas a passarem por transições saudáveis e a obterem resultados saudáveis” (Meleis & Trangenstein, 2010, p. 5), acompanhando e apoiando a criança/família ao longo do seu percurso. As reações das crianças face à doença são influenciadas por vários fatores, como já referido anteriormente, e, por isso, é de extrema importância que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos sobre os estádios de desenvolvimento da criança, realize uma colheita de dados objetiva e eficaz e utilize estratégias promotoras de cuidados não traumáticos, que possibilitem uma experiência com impacto positivo e enriquecedor para a criança/família, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências perante as mesmas (Meleis, 2010).

Neste contexto da prática clínica pediátrica foi possível **prestar cuidados de enfermagem à criança/família em todos os ambientes do SUP**, no entanto, considere-se como mais-valia a **observação e participação na triagem** da criança para a aquisição das competências exigidas ao EESCJ, para dar repostas complexas, quer técnica, quer relacionais, bem como para adquirir “conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (DR, 2011b, p. 8653).

A triagem é efetuada em duas salas individuais, o que promove um ambiente privado e protetor da criança/família na invasão à sua intimidade, contribuindo para a humanização dos cuidados, o que vai de encontro ao artigo 86º do Código deontológico do enfermeiro que contempla o dever do enfermeiro em respeitar a intimidade da pessoa e salvaguardar a sua privacidade e intimidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Na maioria dos turnos realizados, a enfermeira de referência ficou na triagem, local mais desafiante do meu ponto de vista, que traduz a autonomia da enfermagem e desempenha um papel crucial e determinante na eficácia dos cuidados prestados, pois é nesse local que ocorre o primeiro contacto da criança e família com a equipa, onde se pode iniciar o trabalho emocional do enfermeiro com o binómio criança/família e onde o enfermeiro tem a oportunidade para intervir junto do binómio no processo de transição para a situação aguda que está a vivenciar.

O modelo de triagem utilizado é a triagem de Manchester e para efetuar triagem os enfermeiros são capacitados com uma formação específica sobre como aplicar este modelo. A triagem de Manchester é ainda polémica no contexto pediátrico mas, em 2008, foi realizado um estudo em Portugal que revela que a adaptação deste sistema de triagem “é imperativa para a admissão em tempo útil das situações verdadeiramente graves” (Andrade, Casanova, Carvalho & Fernandes, 2008, p. 16). Os curtos minutos que deve durar a triagem são minutos de **acolhimento** que representam o início da relação e intervenção terapêutica do enfermeiro com a criança/família e é um dos momentos em que o enfermeiro privilegia uma comunicação mais próxima com a criança/família, por forma a dar respostas, **diminuir ansiedade e medos** e demonstrar o processo de atendimento e a dinâmica do SUP, desempenhando um papel crucial na prevenção e gestão de possíveis conflitos. Neste contexto de *stress* e medo vivenciado pela criança e família, o enfermeiro deve ser hábil em técnicas de comunicação eficazes e adequadas a cada criança e família, pois como refere Phaneuf (2005) “é preciso colocarmo-nos no seu lugar, o que é próprio da empatia e compreender a sua confusão” (p. 462).

O contexto de urgência pediátrica apresentou-se então como promotor do **desenvolvimento de capacidades comunicacionais** com a criança/família num momento de crise, sendo para o enfermeiro um trabalho exigente e complexo no sentido de facilitar a gestão emocional e, em simultâneo, uma resposta o mais imediata possível para si próprio (Smith, 1992). Comunicar eficazmente em pediatria implica respeitar na íntegra a criança, o seu desenvolvimento e os medos que ela e a família têm particularmente. Com a participação (supervisionada) na triagem foi possível realizar a **identificação precoce do problema e assegurar o encaminhamento** da criança para a área de atendimento adequada, **efetuando uma gestão emocional por antecipação**, através de uma postura calma e carinhosa, criando uma relação de confiança, **mostrando disponibilidade, fornecendo explicações/informações e comunicando** “com a criança/jovem e família **utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento** e culturalmente sensíveis” (DR, 2011b, 8654), pois o primeiro contacto com a equipa de profissionais do SUP pode influenciar positiva ou negativamente a perceção da criança/família em relação à instituição e a todo o processo de cuidados.

A **antecipação** surge como uma das estratégias apontadas para o processo de tomada de decisão, o que é fulcral na intervenção de enfermagem nos processos de transição (Meleis, 2010), no caso concreto em situações agudas de doença e que

permite ao enfermeiro **intervir no âmbito da promoção da aquisição de competências** pela família, associadas a um adequado exercício do papel parental aquando da ocorrência de um estado de doença que implique recorrer a um SUP e se verifique uma situação de hospitalização (transição saúde-doença e situacional). A necessidade de hospitalização na criança implica uma alteração na dinâmica familiar e gera *stress* no seio familiar, devendo o enfermeiro promover o *empowerment* na transição para um papel parental positivo, através de estratégias de *coping* apropriadas para a situação que a família vivencia (Meleis, 2012).

A participação e realização de triagem permitiram a aquisição de competências de comunicação, de relação, de gestão de *stress*, de estabelecimento de prioridades e de gestão de cuidados. Para isso, durante a prestação de cuidados na triagem, foram **mobilizadas estratégias de gestão das emoções** referidas no estudo de Diogo (2015): manter uma postura assertiva; esclarecer dúvidas existentes; colocar-se de lado, compreendendo a situação; mobilizar a empatia emocional, compreendendo que a criança e família estão a vivenciar um período de intensas emoções; promover um ambiente seguro e afetuoso, permitindo a expressão de sentimentos; fomentar a esperança e gerir as emoções dos clientes. Através destas estratégias conseguiu-se manter uma estabilidade na relação com a criança e família desde o primeiro contato, crucial para a vivência desta situação de crise sem prejuízo para uma transição saudável. Foi-se ainda demonstrando disponibilidade, escutando os clientes e resolvendo ou atenuando situações dentro do foro das competências, permitindo a expressão de sentimentos, o que permitiu construir desde o primeiro contacto a estabilidade da relação com o outro (Diogo, 2015).

Foi ainda possível identificar, no momento da admissão na triagem, qualquer criança/jovem com eventual necessidade de cirurgia, o que proporcionou um acompanhamento da criança desde o momento de admissão até ao momento da cirurgia. Durante a experiência neste contexto tive a oportunidade de realizar a **preparação para a cirurgia de uma criança** a quem foi diagnosticada uma apendicite e que aguardava o tempo necessário de jejum para poder ser operada, efetuando uma gestão emocional da situação de *stress* e ansiedade manifestadas pelo binómio criança/família, o que permitiu ir ao encontro da competência **E1.1.** do EESCJ, em que o enfermeiro “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (DR, 2011b, p. 8654).

Para Meleis et al. (2000), as transições são influenciadas por condições pessoais e ambientais que podem ser facilitadoras ou inibidoras do percurso e resultado das transições vivenciadas, incluindo-se nestas sentimentos e expectativas; a preparação, o conhecimento prévio e a capacidade; as crenças culturais e atitudes; e o bem-estar físico e emocional. Através da preparação efetuada foi possível atuar e apoiar a criança/família nas condições pessoais (que se referem ao significado positivo atribuído ao evento), ao nível da **preparação e conhecimento prévio sobre o que esperar perante a transição** e que estratégias úteis adotar, e nas propriedades que as transições podem apresentar, nomeadamente na dimensão da *consciência* (relacionada com a perceção e conhecimento da experiência de transição vivenciada), no *envolvimento* perante a transição e na *mudança* (perante a adaptação dos pais a novos papéis e alterações nas relações e *rotinas* familiares) (Meleis, 2010). O papel desempenhado na preparação para a cirurgia foi ainda preponderante no apoio e estimulação de competências parentais em situação de transição, apostando na assistência, no ensino e na informação fornecidas aos pais.

Após se ter efetuado a preparação para a cirurgia a essa criança, foi elaborada uma **reflexão em jornal de aprendizagem** (Apêndice VI) sobre *a intervenção do enfermeiro na transição saúde-doença vivenciada pela criança/jovem e família com necessidade de cirurgia urgente e perante o medo do desconhecido*, com enfoque no trabalho emocional do enfermeiro nos cuidados pré-operatórios e preparação para a cirurgia efetuada, e na gestão das emoções da criança e sua mãe perante o desconhecido e necessidade de hospitalização. Desta reflexão produzida emergiu a necessidade de elaborar um **folheto com estratégias para ajudar a criança a diminuir o medo** perante a cirurgia (Apêndice IX) e que pudesse ser fornecido aos pais/famíliares no momento da admissão no SUP, baseando-nos no princípio de que o medo do desconhecido supera o medo do conhecido (Hockenberry & Wilson, 2014), e de que os pais são os detentores de maior conhecimento sobre o seu filho e por vivenciarem um momento de crise/*stress*, não entendem muitas das informações que lhe são fornecidas (Jorge, 2004), sendo mais fácil a leitura de um documento com as estratégias de como poderão ajudar a criança a diminuir o medo perante um procedimento cirúrgico e a ultrapassar a transição de uma forma mais saudável (Meleis, 2010).

No SUP foi ainda possível observar como é realizado o atendimento nas diversas situações e quais as intervenções do enfermeiro como gestor emocional do período de transição vivenciado pela criança e sua família, e qual a reação emocional dos pais face

às diversas formas de estar do profissional. Pela observação efetuada ao longo do estágio e pelas partilhas com a enfermeira de referência e com os restantes elementos da equipa, constatei que poucos estavam despertos para o adequado conceito de gestão das emoções e do trabalho emocional que o enfermeiro desempenha, mesmo utilizando estratégias e intervenções promotoras de gestão da emocionalidade vivenciada pelo cliente pediátrico e família identificadas no estudo de Diogo (2015).

Desta forma, considerou-se fundamental a criação de um **dossier de artigos temático** (Apêndice X) com o intuito de partilhar com a equipa de enfermagem artigos científicos com enfoque na dimensão emocional do cuidar em enfermagem pediátrica, na gestão emocional da criança e família em situação aguda de doença, no trabalho emocional do enfermeiro e na preparação da criança para a cirurgia. A organização deste documento despertou na equipa uma reflexão sobre as práticas, fomentou a discussão e partilha de experiências, contribuindo para o enriquecimento dos enfermeiros que prestam cuidados neste contexto assistencial, bem como o meu próprio conhecimento e enriquecimento pessoal e formativo, permitindo ir ao encontro da competência **D2.1.**, comum a todos os EE's, "responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade" (Diário da República [DR], 2011a, p. 8653).

Os enfermeiros em contexto de urgência demonstram estar atentos ao estabelecimento da relação de ajuda e à adoção de formas de comunicação eficazes e adequadas a cada criança/família, mas devem também compreender as experiências vivenciadas pela criança e sua família, de forma a anteciparem as suas necessidades e poderem apoiá-las no decurso das mesmas (Meleis, 2010) e, por isso, ao longo deste estágio foram efetuados diferentes **ensinos**, proporcionando ao cliente pediátrico e família o desenvolvimento de competências para gestão da sua saúde e doença, de forma a potenciar a saúde e a perceção de bem-estar durante os seus processos de transição, indo ao encontro das condições facilitadoras referenciadas por Meleis (2010).

Apesar de me encontrar numa urgência, onde o tempo tem que ser otimizado ao máximo, mostrei disponibilidade para orientar o binómio, fornecendo explicações/informações para assuntos relacionados com a maximização da saúde, prevenção da doença e recuperação da saúde, para a importância das consultas de vigilância de saúde em cuidados de saúde primários, para o modo de administração de antipiréticos, para uma adequada lavagem nasal (o estágio realizou-se durante o outono, época do ano em que por excelência começam a surgir as infeções respiratórias), entre outros,

bem como para que me formulassem questões e esclarecessem dúvidas, estabelecendo uma comunicação efetiva e eficaz nos dois sentidos.

Um dos objetivos delineados para o estágio era o de **gerir a dor** através da aplicação de conhecimentos em **medidas não farmacológicas**, indo ao encontro da competência **E2.2.** na qual o EESCJ “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (DR, 2011b, p. 8655). Durante a minha permanência no SUP e na triagem verifiquei que a avaliação da dor é realizada sistematicamente a todas as crianças havendo uma preocupação em escutar e dar voz à criança, mantendo a premissa de acreditar na criança, não subvalorizando o que esta refere e sem fazer juízos de valor. Assim, a intensidade da dor foi monitorizada através do uso de escalas de avaliação apropriadas a cada criança, que permitiram a **autoavaliação** mas também a **heteroavaliação da intensidade da dor**, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Verificou-se ainda que a equipa de enfermagem investe na adopção de estratégias de *coping* e em medidas farmacológicas e estratégias não farmacológicas para minimizar o impacto da dor. Batalha (2010) designa um conjunto de princípios que o enfermeiro deve considerar quando cuida da criança com dor: escutar e acreditar nas crianças, ter a criança e a sua família como parceiros nos cuidados, centrar os cuidados na família, prestar cuidados individualizados e holísticos, colaborar com outros profissionais de saúde com formação e organizar o contexto de trabalho para um tratamento eficaz. Na sala de tratamentos participei e prestei cuidados à criança, nomeadamente na realização dos procedimentos que se mostraram necessários, como colheitas de produtos biológicos, punções venosas, pensos, administração de terapêutica endovenosa, intramuscular e inalatória. Os momentos de realização de procedimentos invasivos dolorosos foram momentos de emocionalidade tanto mim, como para as crianças e família. As **estratégias não farmacológicas** utilizadas na prevenção e controlo da dor no SUP foram ao encontro do preconizado pela MCESSIP (2013) e basearam-se em:

- técnicas de distração, desviando a atenção da criança, contando histórias, conversando sobre os desenhos animados preferidos e cantarolando músicas infantis, dependendo da idade e preferências da criança;
- administração de sacarose a 24% sobre a porção anterior da língua, dois minutos antes de procedimento doloroso, em latentes;
- reforço positivo, combinando com a criança o comportamento esperado antes do procedimento e utilizando o elogio verbal;



- imaginação guiada, levando a criança a concentrar-se numa imagem mental do seu agrado que envolvesse componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas;
- relaxamento muscular, através do ensino de exercícios de respiração diafragmática e relaxamento ativo;
- sucção não nutritiva em lactentes, oferecendo a chupeta, como medida terapêutica;
- preparação prévia ao procedimento, proporcionando a observação de um adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento.

Para além das estratégias referidas anteriormente foi ainda utilizado o **humor como forma de terapia**, pois na opinião da MCEESIP (2013) estimula expressões como o riso e o sorriso, naturalmente associadas ao prazer e bem-estar. O humor constitui-se então como uma estratégia de comunicação que pode ser muito eficaz quando utilizado por um enfermeiro com aptidão para criar um clima de leveza, pois contribui para relativizar determinadas situações, ajudando a pessoa cuidada a perceber a vida de forma mais aceitável e tranquila (Phaneuf, 2005) e ajudando a “gerir sentimentos e ultrapassar medos, angústia e ansiedade, associados a situações desagradáveis que poderão comprometer o bem-estar” (José, 2010, p. 236).

Por inexistência de material didático adequado às diferentes faixas etárias para ser usado aquando da realização de procedimentos dolorosos, recorreu-se diversas vezes aos objetos trazidos pelas crianças, como **brinquedos, livros ou equipamento informático**.

Com a consciência que as necessidades emocionais das crianças são tão emergentes como as necessidades físicas, as estratégias utilizadas foram pensadas pela sua importância na redução dos efeitos psicológicos dos procedimentos invasivos e consequentemente da hospitalização. Considerando a filosofia dos CCF, as atividades realizadas atenderam a criança e família como um todo e foram de acordo com as suas necessidades emocionais, físicas, sociais e espirituais (Glasper & Haggarty, 2006).

Durante o período em que realizei o estágio participei ainda no **IV Encontro de Benchmarking** organizado pela OE (Anexos I e II), cumprindo o objetivo delineado de frequentar uma ação de formação para atualização dos conhecimentos científicos. A realização de encontros de enfermagem é fundamental para a atualização de conhecimentos e partilha de práticas de enfermagem. Pretende-se evoluir numa profissão que é uma ciência mas também uma arte, e para isso devemos ser detentores de experiências baseadas na evidência, o que contribuirá para uma excelência na prestação de cuidados.

Considero que a minha presença neste evento foi ao encontro dos objetivos que delineei inicialmente para o meu percurso formativo enquanto futura EESCJ, proporcionando-me novos conhecimentos que conduzem a práticas de excelência no cuidado da criança/jovem, sensibilizando-me ainda para novas áreas de intervenção do EESCJ. A participação neste encontro e a tomada de conhecimento e consciência dos vários projetos enquadrados nos PQCEESCJ da OE constituiu-se como uma oportunidade de reflexão sobre a qualidade do exercício profissional, pois para um EESCJ “é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional” (OE, 2011a, p. 17), reflexão essa espelhada na **síntese elaborada sobre as três palestras do encontro** que considere mais relevantes (Apêndice VII).

Neste encontro apresentei **como co-autora um PMQCE** implementado no serviço de internamento pediátrico do qual sou enfermeira responsável, cujo resumo da comunicação livre apresentada se encontra no Apêndice VIII, conseguindo dar resposta a uma das competências exigidas a um EESCJ (**B2**), nomeadamente “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (DR, 2011a, p. 8651).

Foi ainda possível idealizar o futuro PMQCE (programa de preparação para a cirurgia da criança e família), a implementar no serviço onde desempenho funções, “reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa novos programas de melhoria contínua” (DR, 2011a, p. 8651)

Faz parte integrante da atuação do EESCJ a “resposta na complexidade em áreas diversas (...) mas também (...) [a avaliação da] família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (DR, 2011a, p. 8653), por isso o EESCJ tem de estar preparado para agir de forma a minimizar as consequências adjuvantes de uma hospitalização de uma criança/jovem, promovendo um processo de transição saudável para a criança/família.

No final deste contexto de estágio considero terem sido cumpridos os objetivos propostos e a aquisição das competências de EESCJ descritas.

### 3.2. O recém-nascido de alto risco na UCIN

Neste contexto pretendeu-se compreender a dinâmica e funcionamento de um serviço num âmbito assistencial mais crítico e com uma componente emocional intensa e participar na prestação de cuidados em situações de especial complexidade ao RN de alto risco, com enfoque na promoção da vinculação, na transição para a parentalidade e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança.

Assim, para este campo de estágio definiram-se como objetivos:

Prestar cuidados ao recém-nascido/família em especial situação de complexidade

Promover a vinculação e transição para a parentalidade

Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais

Frequentar uma ação de formação para atualização dos conhecimentos científicos

A UCIN onde se realizou o segundo contexto formativo está inserida num dos seis hospitais da área da grande Lisboa, que fazem parte do CHLC, EPE, integrado na rede do SNS. Esta UCIN dispõe de duas salas, uma de cuidados intensivos e outra de cuidados intermédios, encontrando-se dotada com os equipamentos necessários à prestação de cuidados diferenciados ao RN que, pela sua situação clínica, necessite de cuidados especiais ou intensivos no período neonatal. Na UCIN são internados RN's com necessidade de cuidados especiais à nascença ou até aos trinta e um dias após o nascimento por motivo de prematuridade, patologia médica e/ou cirúrgica, no entanto, por estar inserida num dos dois únicos hospitais da área de Lisboa com cirurgias especializadas em cirurgia neonatal (à exceção de cirurgia cardíaca), a maioria dos RN's internados nesta UCIN têm predominantemente uma patologia do foro cirúrgico, motivo que levou à seleção desta UCIN como campo de estágio.

A equipa de enfermagem é constituída por elementos com muita experiência numa área tão específica e diferenciada na pediatria, com vários EESCJ e outros que não sendo, são considerados peritos, pois como referido por Benner (2001), os enfermeiros peritos encontram-se dotados de capacidades para perceber uma situação como um todo, utilizando como paradigmas de base situações concretas que já

vivenciaram, direcionando-se diretamente a um problema, sem ter em conta considerações inúteis.

No início do estágio efetuou-se um **diagnóstico de situação** (Apêndice II) e desenvolveu-se o **guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice III) e tal como no início do estágio no SUP, para uma intervenção competente na prestação de cuidados neste contexto desconhecido e tão específico, foi efetuado um levantamento dos problemas de saúde mais frequentes na UCIN, com a enfermeira de referência, que levaram a uma **pesquisa bibliográfica** para a atualização de conhecimentos. Para uma prestação de cuidados mais eficaz **mobilizei conhecimentos** na identificação de sinais de instabilidade permitindo-me atuar antecipadamente, atualizando conhecimentos relativos ao suporte avançado de vida e desenvolvendo a competência **E2.1.**, em que o EESCJ “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (DR, 2011b, p. 8655).

Mudanças na vida de uma pessoa fomentam processos de transição, tornando-a mais vulnerável a danos potenciais e ao risco, e afetando a sua capacidade de *coping* (Meleis et al., 2000). A admissão e a permanência de um filho prematuro na UCIN constituem uma experiência ansiógena para os pais, que é agravada pelas características físicas do ambiente, pelas exigências técnicas do serviço e pela situação de saúde do RN. Este facto contribui para a manutenção de um estado emocional caracterizado pelo medo e angústia (labilidade emocional) e constitui um excelente espaço para dar primazia à dimensão relacional, mas que pode ter um impacto na forma como estes se relacionam com o RN, com implicações negativas no desenvolvimento posterior da criança e pode inviabilizar a transição para o papel parental, dificultando a adaptação à nova etapa de vida (Meleis, 2010).

O desafio principal para um enfermeiro em contexto de neonatologia é o reconhecimento de que os pais do RN de alto risco vivenciam transições, sendo necessário compreender os fatores influenciadores, como as percepções e significado da transição para o próprio, mas também das condições pessoais, comunitárias e sociais de cada pai, que podem influenciar positivamente ou não a vivência da transição, nomeadamente para a parentalidade (Meleis, 2010). Se o pai se sentir ligado ao enfermeiro, o qual pode colmatar as suas necessidades específicas de informação, apoio e confiança, induz no pai um estado de conforto, podendo esta etapa da vida assumir-se como uma experiência de transição positiva (Meleis, 2010).

A promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável do RN prematuro, minimizando as consequências que um nascimento precoce traz para a vida futura da

criança, tem um grande enfoque para o enfermeiro em UCIN, o que concorre com a competência **E3.1.** do EESCJ que “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (DR, 2011b, p. 8655). Assim, durante a experiência em estágio observaram-se os cuidados de enfermagem prestados ao RN e família e prestei cuidados de enfermagem, de forma autónoma, pois embora este fosse um contexto desconhecido da experiência profissional prévia, o ter desempenhado funções numa unidade de cuidados intensivos pediátrica permitiu a mobilização de conhecimentos no cuidado à criança crítica adquiridos anteriormente.

Tendo em conta as necessidades evidenciadas pelos pais ao longo do internamento, a **prestação de cuidados de enfermagem incidiu desde a admissão à alta**, no ensino, instrução e treino de habilidades parentais face à necessidade de cuidados a prestar ao RN, tendo em conta as temáticas relativas aos **cuidados antecipatórios** da PNSIJ (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013), e que contribuem positivamente para a transição para a parentalidade, facilitando a aquisição de conhecimentos sobre o RN e potenciando a adaptação parental à nova etapa da vida (Coffey, 2006).

É reconhecido unanimemente que em UCIN os RN's necessitam de recursos materiais e procedimentos invasivos que fornecem subsídios à sua sobrevivência e que implicam o envolvimento da pele do RN, que por ser extremamente fina apresenta, com frequência, lesões por procedimentos durante a hospitalização e uma lesão na pele do RN pode provocar um sentimento de angústia nos pais, por representar a dor e o sofrimento que o seu filho vivencia durante o internamento. Reconhecendo a pele como interface partilhada de cuidados, valorizou-se um apropriado **cuidado da pele** na prestação de cuidados a esses RN's, o que permitiu uma avaliação do desenvolvimento do RN (tendo em conta as características específicas e bem descritas na literatura) e uma adequada transição para a vida extrauterina, considerando o mínimo de perturbações possível no crescimento e desenvolvimento do RN, sobretudo ao nível dos seus sistemas corporais e capacidades fisiológicas como a respiração, circulação, termorregulação e nutrição (Saraiva, 2010).

Os cuidados com a pele realizados diariamente em UCIN incluem “a manutenção da temperatura e humidade do ambiente, por meio de incubadoras, o posicionamento, o banho, a lubrificação com óleos emolientes” (Martins & Tapia, 2009) e permitem ao enfermeiro imprimir nos cuidados o carinho, através do toque e festas suaves, o que constitui umas das estratégias de dádiva de afeto na intervenção do enfermeiro (Diogo, 2015). Perante a fragilidade do RN é fundamental avaliar o risco de úlcera de pressão

para uma monitorização adequada do estado da pele e reduzir a incidência de lesões na pele, o que é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem e previne os custos associados a uma hospitalização prolongada em RN. Assim, na UCIN é aplicada a Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS), que se aplicou durante a prestação de cuidados para **avaliação do risco de úlcera de pressão** nestes RN's.

Para além dos cuidados com a pele do RN, a prestação de cuidados na UCIN teve em conta a nova filosofia de cuidados em neonatologia, os **cuidados centrados no desenvolvimento**, e por isso os cuidados foram planeados de acordo com o nível de desenvolvimento do bebé respeitando as necessidades de sono e de descanso, adequando a intensidade e qualidade dos estímulos ao desenvolvimento cognitivo do bebé, promovendo o contacto pele com pele com os pais e providenciando posicionamentos adequados (Santos, 2011). Para o mesmo autor, a orientação dos cuidados por esta filosofia “reduz as complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde” (Santos, 2011, p. 45).

O nascimento de uma criança implica uma mudança nas circunstâncias em que os pais vivem, revestindo-se de vulnerabilidade e transportando consigo o sentimento de insegurança face a um novo acontecimento (Meleis & Im, 2002). É um acontecimento sublime, repleto de emoções intensas que devastam e enaltecem o sentido de se ser humano e essas emoções são intensamente vivenciadas, originando sentimentos e pensamentos confusos e exaustivos que, nas situações de prematuridade, podem influenciar a adoção das competências parentais (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Quando o bebé real não corresponde ao idealizado, gera-se nos pais sentimentos que podem implicar pouca disponibilidade para cuidar do RN, transmitindo insegurança, revolta, angústia e incapacidade de desenvolver o seu papel adequadamente, o que pode influenciar o processo de vinculação.

Já de acordo com Jorge (2004) os pais vivenciam três fases em função das tarefas a realizar face às suas reações perante a doença e hospitalização da criança: fase de crise, crónica e terminal. No momento da admissão à UCIN (fase de crise/inicial) a família enfrenta uma experiência emocional intensa, onde predomina a dor e o sofrimento, por ser desafiada a enfrentar uma nova realidade e desconhecida, onde predominam o choque, o desespero, a desorganização funcional dos membros familiares e a procura intensa de informação e de compreensão da doença (Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009). É no momento de acolhimento na UCIN que o EESCJ, adotando a filosofia de CCF, tem especial importância na **promoção da vinculação e**

**da parentalidade**, o que concorre com a competência **E3.2.** do EESCJ “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (DR, 2011b, p. 8655).

A vinculação entende-se como um processo contínuo, com início na gravidez e que se desenvolve após o parto, que inclui as ligações emocionais entre os pais e o bebé, envolvendo um processo recíproco de mudança, em que se torna fundamental a observação da interação entre os pais e o bebé (Hockenberry & Wilson, 2014) e por isso quando um bebé nasce antes de tempo, este processo encontra-se comprometido. O EESCJ, detentor de conhecimento sobre o processo de vinculação, encontra-se desperto para a sua promoção mas também para a promoção do desenvolvimento infantil e por isso ao longo do estágio foram **envolvidos os pais nos cuidados, promovendo as competências parentais**, de acordo com o seu desejo, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto e alimentação, momentos ideais para promover o contacto físico pais/RN. Foi promovido o aleitamento materno, acompanhando e orientando a mãe no momento da amamentação, o toque nutritivo e o método canguru, reforçando as potencialidades do RN e incitando a motivação e esperança da família para uma otimização da adaptação parental.

O enfermeiro durante o envolvimento dos pais em todo o processo de cuidar do RN, deve prestar informações acerca dos cuidados à criança durante o internamento e após a alta, por forma a maximizar as competências parentais e minimizar o *stress*/ansiedade na transição para o domicílio. Através das intervenções referidas e da **promoção da parceria de cuidados com os pais**, negociando o seu envolvimento nos mesmos, utilizando estratégias motivadoras para o desenvolvimento de competências na assunção de papéis, foi-se ao encontro da competência **E1.1.**, o EESCJ.

Ao longo dos tempos, vários autores têm demonstrado interesse no estudo sobre a prematuridade e qual o seu impacto na estrutura familiar. Nesta ótica Martins, Silva, Aguiar e Morais (2012) consideram que o nascimento de um bebé de risco se caracteriza como um momento de crise e vulnerabilidade familiar. Com o intuito de compreender as vivências emocionais de uma mãe de um RN internado em UCIN e com necessidade de cirurgia associada, foi **realizada uma entrevista de ajuda** (Apêndice XI), pois de acordo com Phaneuf a relação de ajuda em enfermagem desenvolve-se ao longo de uma entrevista que “visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano” (2005, p. 34).

A concretização da entrevista revelou-se uma experiência muito emocional e que foi muito importante no meu caminho de aprendizagem ao nível da gestão das emoções, pois como concluiu Diogo (2006) no seu estudo, a utilização da emotividade, como condutor dos cuidados de enfermagem, implica que o profissional perspetive a experiência humana de sentir como instrumento de cuidar e utilize intencionalmente as suas emoções no cuidar afetivo. Este momento no estágio permitiu aceder às principais necessidades sentidas pela mãe (extrapolando-as para outros pais) e permitiu promover um ambiente mais seguro e efetuoso, com a mãe a sentir necessidade de exprimir os seus sentimentos e emoções ao longo da entrevista e nos restantes dias de estágio.

Com a realização da entrevista desenvolvi competências comunicacionais, de forma a poder transmitir a mensagem para que o recetor a entendesse, mas também competências na gestão das emoções, adaptando as estratégias elencadas por Diogo (2015) com o intuito de transformar uma situação emocionalmente intensa numa experiência positiva e de crescimento para esta mãe, **capacitando-a de informação adequada e suficiente para que exerça a sua função parental** de forma satisfatória, e **promovendo uma transição saudável para a parentalidade**. As emoções vivenciadas por esta mãe vão de encontro à literatura, nomeadamente emoções que são traduzidas por medo, angústia, ansiedade e solidão que se alternam com a fé, a alegria e a esperança.

A entrevista realizada e os cuidados prestados neste contexto de estágio depertaram-me para os eventos emocionalmente intensos que envolvem a admissão e hospitalização de um RN em UCIN, e para o **desempenho do trabalho emocional neste contexto tão crítico, complexo e emocionante** (registos em diários de campo no Apêndice V e em jornal de aprendizagem no Apêndice VI), tornando-se o enfermeiro a peça fundamental no apoio e estimulação da parentalidade, de forma a potenciar “ganhos em saúde” para a criança/família, mas também na gestão da dimensão emocional dos clientes que cuida (Diogo, 2015), na tentativa de transformar as emoções negativas dos pais em transições emocionalmente positivas.

Durante o período de internamento numa UCIN, o RN é sujeito a inúmeros procedimentos dolorosos, afetando o desenvolvimento do cérebro e, por conseguinte, o neurodesenvolvimento e as respostas comportamentais perante o *stress* (Grunau, 2013). Assim, uma das principais preocupações dos profissionais que cuidam de RN em UCIN é se o *stress*/sofrimento vivido numa fase tão inicial do desenvolvimento pode influenciar estas crianças ao longo da sua vida, tornando-se crucial que os EESCJ estejam despertos para a forma de diminuir a ansiedade e a dor decorrentes da



manipulação e dos procedimentos invasivos. Para Grunau (2013), o RN prematuro apresenta uma hipersensibilidade maior ao toque, levando a que cada procedimento doloroso seja sentido com maior intensidade, tornando-se necessário uma adequada gestão da dor nestes bebés, minimizando o impacto da dor e *stress* provocado e educando os pais sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor. Das intervenções mais eficazes e mobilizadas durante a prestação de cuidados, evidenciam-se a **redução de estímulos luminosos e sonoros, períodos mais prolongados de sono e repouso**, posicionamento adequado do RN, a concentração de manipulações, o embalo, o **contacto físico dos pais com o RN**, o método canguru e a sucção não nutritiva (MCEESIP, 2013). A adoção destas estratégias permitiu-me mais uma vez ir ao encontro da competência **E2.2.** de EESCJ.

Durante o período em que realizei o estágio **participei ainda no “Iº Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento”** (Anexos IV e V), cumprindo o objetivo delineado de frequentar uma ação de formação para atualização dos conhecimentos científicos no contexto do cuidado ao RN de alto risco em UCIN, pois cabe ao enfermeiro deter conhecimentos científicos e respeitar os princípios para a prática de cuidados centrados no desenvolvimento infantil, nomeadamente, naqueles que se dirigem para a compreensão do comportamento do RN prematuro e para a sua autonomia, pois é o profissional que se encontra 24 horas por dia junto do RN e sua família.

Como se verifica no programa do Encontro (Anexo IV), várias foram as temáticas abordadas, tendo sido efetuada a **síntese das duas palestras que se consideraram mais importantes** (Apêndice VII). A participação neste segundo Encontro permitiu-me o conhecimento de novas realidades e perspetivas de cuidados com as quais tenho tido menos contacto no meu percurso profissional, nomeadamente nos cuidados ao RN prematuro e com necessidades especiais de cuidados, o que me permitiu desenvolver a competência **E1** “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (DR, 2011b, p. 8654) e **E2** “cuida da criança e família nas situações de especial complexidade” (DR, 2011b, p. 8654) através do aprofundamento e consolidação de conhecimentos que foram aplicados na UCIN, pois neste serviço há inúmeros fatores que condicionam a saúde e bem-estar do RN e o EESCJ deve observar as necessidades do bebé/família, tentando dar resposta e corresponder à complexidade das diferentes situações.

Torna-se importante para um EESCJ a atualização de conhecimentos através de encontros de formação que enriqueçam as suas tomadas de decisão na prestação de

cuidados diários, que devem ser sustentadas em conhecimentos científicos atualizados e sólidos, para uma procura incessante de melhoria dos cuidados prestados e de ganhos em saúde. A atualização de conhecimentos através da formação académica como a que foi realizada ao longo de todo o percurso formativo do CMEESIP ou pela participação neste encontro científico, seguida de uma reflexão sobre a participação no mesmo, teve como foco a procura do “desenvolvimento das aprendizagens profissionais (...) [com base numa] práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR, 2011a, p. 8653), que não se encerrará com este relatório de estágio.

No final deste contexto de estágio considero terem sido cumpridos os objetivos propostos e a aquisição das competências de EESCJ descritas anteriormente.

### **3.3. A criança/jovem na comunidade**

O contexto formativo na comunidade teve como finalidade a aquisição/desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da prestação de cuidados específicos, em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, e na assistência da criança/jovem e família na maximização da saúde. Este âmbito foi desenvolvido na CVSIJ, tendo-se utilizado como estratégia a observação, colaboração e prestação direta de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família nas consultas destinadas à vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença das crianças e jovens com idade inferior a 18 anos e que se regem pelas orientações preconizadas pelo PNSIJ (DGS, 2013).

Foram definidos como objetivos para este campo de estágio:

Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem integrado na comunidade

Identificar estratégias de comunicação com a criança/jovem

Promover uma transição positiva para a parentalidade

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de acesso dos cidadãos ao SNS e assumem importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde e de ligação e articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados (Diário da República [DR], 2012). A UCSP

onde se realizou o estágio encontra-se inserida no ACES Lisboa Norte à qual compete, a prestação de cuidados personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a globalidade dos mesmos. A população a que dá apoio apresenta discrepâncias bastante acentuadas, tanto ao nível dos aspetos socioeconómicos e culturais, como no que concerne aos aspetos urbanísticos e acesso a serviços, exibindo dois extremos da população: a classe média e média-alta e as classes socioeconómicas desfavorecidas com famílias com forte risco de exclusão social e económico, que requerem e exigem um suporte e apoio muito próximo (Centro de Saúde, 2011).

No início do período de estágio ocorreu uma reunião com a enfermeira chefe da UCSP sobre o funcionamento e dinâmica da unidade e da articulação do meio hospitalar com a comunidade e com a enfermeira de referência sobre estratégias de promoção de uma transição saudável para a parentalidade, o que permitiu efetuar o **diagnóstico de situação** deste contexto formativo (Apêndice II) e continuar o desenvolvimento do **guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice III). Para a concretização deste estágio foram **mobilizados referenciais teóricos** fundamentais para este contexto, nomeadamente o PNSIJ (DGS, 2013) e o guia orientador de boa prática de enfermagem focado na promoção do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

A seleção deste local para realização do estágio em comunidade prendeu-se com facto de se tratar de uma UCSP de grande afluência populacional pediátrica, na qual se encontra em funcionamento uma CVSIJ bem estruturada, realizada por uma EESCJ. Foi observado que no seio da equipa de saúde, esta EESCJ assume o papel de líder e de referência, quer entre os enfermeiros, quer na equipa multidisciplinar, sendo reconhecida como elemento fulcral e o pilar na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Para além da consulta de vigilância infantil/juvenil, no contexto da saúde infantil são desenvolvidas ainda atividades no cantinho de amamentação, na vacinação, na saúde escolar e pelo NACJR.

As CVSIJ funcionam todos os dias de semana, das 08:30 às 16:30 e são calendarizadas de acordo com as idades chave definidas no PNSIJ (DGS, 2013). A calendarização das consultas para as idades chave é realizada em harmonização com o esquema cronológico preconizado no PNV, o que visa a redução do número de deslocações aos cuidados de saúde primários (DGS, 2013).

Sabe-se que “a criança é um produto de vários factores: da evolução adaptativa da sua espécie, dos genes que herdou dos seus pais, do ambiente físico social e cultural em que vive e das experiências de interacção que vivencia nesse ambiente”

(Pinto, 2009). O desenvolvimento psicomotor infantil é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções, contudo, a velocidade de passagem de um estadio para outro varia consoante as crianças, bem como a idade de aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013). O conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que promovem a aquisição de competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança, através de medidas simples (Pinto, 2009).

Segundo o PNSIJ (DGS, 2013), as CVSIJ são destinadas à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança/jovem, desde o nascimento até à adolescência, e visam a prevenção da doença e a obtenção contínua de ganhos em saúde na população pediátrica, assim, desempenham uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação em idades chave, como preconizado pela DGS (2013). O EESCJ tem um papel crucial na proteção da criança, atendendo à vulnerabilidade que a caracteriza, promovendo a sua aquisição global de competências e autonomia, tendo como princípios orientadores “a maximização e potenciação da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, (...) e o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção” (DR, 2011b, p. 8653).

Nestas consultas a criança é vista como um todo dentro da sua família e do seu contexto cultural e social e é feita a avaliação do crescimento e desenvolvimento por EESCJ, sendo que a avaliação do desenvolvimento realizada na UCSP tem por base a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, que é ainda a escala que se encontra integrada no SAPE no processo informático na UCSP, no entanto a escala preconizada pelo PNSIJ (DGS, 2013) é a escala de Mary Sheridan modificada.

Para dar resposta à importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento, essencial para adquirir o título de EESCJ apresenta-se a **concretização de duas CVSIJ e a avaliação do desenvolvimento infantil realizada** (Apêndice XII), através da escala de Mary Sheridan modificada, que foi um instrumento que permitiu a relação com a criança através da brincadeira, sendo essa a interpretação percecionada da criança perante a abordagem para a realização de algumas competências. Durante a colaboração nas consultas, inúmeros foram os momentos de **avaliação do desenvolvimento da criança**, através da observação da criança a agir e brincar livremente, e de **promoção da parentalidade** e, por isso, a descrição das avaliações efetuadas (Apêndice XII) procuram demonstrar a apropriação de conhecimentos sobre o

crescimento e desenvolvimento infantil, através da observação, avaliação dos parâmetros preconizados e de técnicas de comunicação adaptadas a cada estágio do desenvolvimento, **mobilizando formas de comunicar com a criança**. O meu sentido de análise e de **gestão emocional** foi também desenvolvido com a participação nas CVSIJ.

A possibilidade de prestar cuidados a crianças saudáveis foi muito enriquecedor permitindo verificar a proximidade e confiança demonstrada entre o enfermeiro e a criança/família e que contribui para que a pessoa se sinta num ambiente seguro e confortável para partilhar com o EESCJ as suas necessidades físicas e emocionais. A promoção de segurança e conforto na relação permitiu o esclarecimento de dúvidas e atuar na prevenção e sinalização de práticas de risco (relacionadas com a segurança infantil, alimentação, amamentação e aleitamento, hábitos de sono/conforto, regulação de trânsito intestinal e vacinação) e as CVSIJ são o lugar privilegiado para o EESCJ ajudar os pais a conhecer melhor o filho, **esclarecendo dúvidas** e preparando-os para problemas comuns nas várias etapas do desenvolvimento, **capacitando-os para uma relação de proximidade** e maximização do seu potencial de desenvolvimento. Assim, ao longo das consultas, foi dado enfoque na importância de envolver os pais nos cuidados ao filho, com o intuito de promoção de um desenvolvimento infantil harmonioso, com incidência nos **cuidados antecipatórios** preconizados pelo PNSIJ (DGS, 2013) e com recurso ao uso terapêutico das emoções e da empatia emocional (Diogo, 2015).

Meleis et al. (2000) referenciam que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e famílias que estão a vivenciar processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições eminentes, e facilitando o processo de aprendizagem de competências e adaptação ao papel parental. Os enfermeiros como atores de destaque na prestação de cuidados, protagonizam uma modificação no trabalho com as famílias, diagnosticando as necessidades de aprendizagem parentais, recorrendo ao reforço positivo e incentivo para uma prestação de cuidados cada vez mais competentes ao filho.

Um dos conceitos fundamentais na CVSIJ é o da parentalidade, que segundo a CIPE se define como “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai (...) [assumindo] comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças” (ICN, 2010, p. 66). O EESCJ tem um papel preponderante no incentivo à parentalidade, na **promoção das competências parentais** e no incentivo ao estabelecimento de uma forte relação pais/filhos, no sentido da transição para o

exercício do seu papel enquanto pai (Meleis, 2010). Durante a realização das consultas surgiram diversas necessidades de apoio/educação, tais como, **ensinos** acerca dos alimentos adequados à idade da criança, massagem para alívio de cólicas, adequada colocação do bebé na cadeira de transporte, cuidados com o aleitamento materno/artificial, cuidados de higiene e transporte do bebé utilizando o sistema de retenção.

Para além da participação nas CVSIIJ foi possível **acompanhar a unidade móvel** durante um dia (registo em diário de campo no Apêndice V). Em contexto comunitário, à semelhança do contexto hospitalar, surgem necessidades nas famílias associadas ao desempenho do papel parental, relacionadas com o acolhimento e com a capacitação dos pais para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, como fator de estabilidade e possibilidade de crescimento da criança, sendo neste campo que o EESCJ da UCSP atua integrando as visitas domiciliárias num programa de **intervenção junto da criança e família de risco** e criando ambientes que suportam e estimulam a participação dos pais no processo de cuidar promovendo assim, a auto-capacitação e confiança (Domian, Baggett, Carta, Mitchell, & Larson, 2010). A visita domiciliária de enfermagem é um elemento fundamental de vigilância e de promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações de risco.

A abordagem de **apoio à parentalidade** surge como a estratégia individualizada mais adequada para a promoção do acolhimento familiar neste contexto de cuidados, em que os profissionais se deslocam ao encontro da família, privilegiando uma educação parental em ambiente familiar (Abreu-Lima et al., 2010). Desta forma, e de acordo com a literatura, reconhece-se que a visita domiciliária é uma intervenção prioritária, um momento único de interação enfermeiro-família-meio ambiente e de apreciação familiar, que possibilita a implementação de um plano de cuidados holístico e individualizado junto das famílias, promovendo a expressão de sentimentos e a construção de uma relação de confiança (Diogo, 2015) com o EESCJ, bem como contribui para o desenvolvimento das famílias para uma positiva autoperceção dos conhecimentos, potencialidades e competências (Hockenberry & Wilson, 2014).

O acompanhamento da enfermeira na unidade móvel permitiu utilizar “a informação existente (...) [e avaliar] a estrutura e o contexto do sistema familiar” e “trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde” (DR, 2011b, p.8654).

O **acompanhamento de uma consulta no “APARECE-Saúde Jovem”** (registado em diário de campo no Apêndice V) contribuiu para a aquisição de conhecimentos e habilidades para uma prestação de cuidados especializados ao jovem, no sentido de o ajudar na sua transição para a vida adulta, pois para cuidar do adolescente é necessário que o EESCJ desenvolva competências para compreender o processo de vivência da transição a que este se encontra sujeito.

Este espaço de atendimento ao adolescente pretende ser um serviço onde os adolescentes podem recorrer livremente, sempre que necessitem de resolver um problema/situação que os atormente ou em caso de pretenderem esclarecer dúvidas ou obter informações. Caracteriza-se por ser um serviço inovador, interativo e amigável na área da saúde dos adolescentes dos 11 aos 24 anos e que funciona em 4 vertentes: atendimento global e integrado, promoção da saúde, formação e investigação.

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida caracterizada por mudanças físicas, cognitivas, sociais e emocionais, que se traduzem na aquisição de liberdade, autonomia e identidade. Essa aquisição, de acordo com a OE, vai permitir ao jovem adaptar-se à nova realidade do mundo adulto, tornando-se num adulto responsável, autónomo, capaz de tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade (OE, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é uma etapa do ciclo vital, plena de vivências emocionais, marcada por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas, onde se incluem indivíduos jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos (DGS, 2013). O enfermeiro atua nesta etapa da vida ao nível da promoção de comportamentos de saúde no jovem, com o intuito de melhorar a saúde, mas também na prevenção da doença, promovendo uma tomada de decisão responsável na opção de comportamentos saudáveis, como forma de promover o desenvolvimento pessoal e social (DGS, 2013).

A **participação numa consulta com uma adolescente** proporcionou um momento de grande proximidade entre a EESCJ e a jovem, estabelecendo-se uma relação dinâmica, onde a EESCJ promoveu e facilitou a expressão de emoções, pois com as mudanças que vivencia nesta etapa da vida encontra-se emocionalmente fragilizada, podendo os seus comportamentos revelar: insegurança, tensão e indecisão (Hockenberry & Wilson, 2014). Para a entrevista ao adolescente existe um documento (instrumento de avaliação biopsicossocial do adolescente) que engloba uma apreciação global do adolescente para além da observação física e estado-ponderal, o “HEADSS”, correspondendo cada letra a um conceito na avaliação do adolescente: H (Home/casa); E (Educação e emprego); A (Atividades); D (Drogas); S (Sexualidade); S (Suicídio).

Para um desenvolvimento saudável dos adolescentes as intervenções em saúde devem incluir a criação de um ambiente acolhedor, confortável e que assegure a privacidade e a dignidade. O atendimento a adolescentes assim exige do profissional de enfermagem conhecimentos “sobre a transição, habilidades de comunicação e sensibilidade para apreender a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente” (Maas & Zagonel, 2005, p.68), pois uma transição nesta fase da vida envolve um processo psicológico pelo qual o jovem passa para ultrapassar uma nova etapa, sendo geradora de mudança e crescimento (Maas & Zagonel, 2005), mas é necessário que o adolescente tenha consciência da mudança que está a vivenciar, incorporando novos conhecimentos e modificando os seus comportamentos (Meleis, 2012).

Nas intervenções de atendimento ao jovem cabe ao EESCJ estimular a reflexão do adolescente acerca das suas necessidades, apoiando-o e motivando-o para fazer as suas próprias escolhas, em saúde, e mudanças de atitude (OE, 2010). O EESCJ desempenha um papel fundamental no seu processo de autoconhecimento, assegurando condições que permitam aos jovens, a aquisição de competências e *empowerment*, no sentido do bem-estar, facilitando um desenvolvimento harmonioso e saudável (Meleis, 2010).

### **3.4. A criança com necessidade de cirurgia**

De modo a concretizar os objetivos de estágio foi imperioso ter uma experiência na consulta externa de pediatria, por ser um serviço de referência na área de Lisboa com uma consulta de enfermagem específica para a preparação para a cirurgia da criança/jovem e família e enquadrada num PMCQCE dos PQCEESCJ. É um serviço de referência a nível nacional, onde se efetua a preparação da criança e família para uma grande diversidade de cirurgias e onde existem EESCJ peritos nesta área de atuação.

Os objetivos definidos para este campo de estágio foram:

Identificar as necessidades da criança/jovem e sua família com necessidade de cirurgia

Gerir a dor através da aplicação de conhecimentos em medidas não farmacológicas

Utilizar estratégias e intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável perante o evento da hospitalização para cirurgia

Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais



Para ir de encontro à temática do projeto elaborado para o estágio, o tempo passado na consulta incidiu na **participação na CPC**, que tem como objetivos: promover a preparação da criança e família para a cirurgia, validar com o utente as expectativas relativamente ao internamento e intervenção cirúrgica, minimizar o impacto de experiências desagradáveis através de brincadeiras simbólicas e estabelecer uma relação de confiança com os profissionais e o meio hospitalar. No início do estágio a expectativa de novas experiências, aprendizagens e oportunidades era grande e tinha o intuito de conjugar os saberes provenientes de conhecimentos da prática profissional e da evidência científica, adquirindo contributos para a implementação de um futuro projeto no serviço onde desempenha funções.

Tal como nos estágios anteriores, para uma participação ativa e consistente na CPC, foi feita uma revisão e atualização da **pesquisa bibliográfica** efetuada na fase de projeto e ao longo dos campos de estágio anteriores, tomando como referencial para a participação na consulta o guia orientador de boa prática da OE: diminuir o medo da cirurgia (OE, 2011b) e foram analisados os documentos existentes no campo de estágio, nomeadamente os procedimentos multisectoriais - “avaliação da dor enquanto 5º sinal vital” e “atendimento de enfermagem na consulta de anestesia - preparação da criança, jovem e família para a cirurgia”; a instrução de trabalho – “integração de enfermeiros na consulta de preparação da criança/adolescente e família para a cirurgia; protocolos e folhetos informativos existentes na consulta externa de pediatria. A procura de atualização de conhecimentos proporcionou-me uma base sólida de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento da competência **E2.4.3**, em que o EESCJ “procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (DR, 2011b, p. 8655), através da prática de enfermagem baseada na evidência.

A CPC é realizada diariamente e a todas as crianças, em articulação com a consulta de anestesia. Nesta consulta são utilizados um conjunto de procedimentos sistematizados, que facilitam a preparação da criança/jovem e sua família para a vivência de uma transição quando ocorre uma hospitalização (situacional) perante a necessidade de intervenção cirúrgica (saúde/doença).

O programa de preparação para a cirurgia é individualizado e de acordo com a idade e desenvolvimento da criança pode ser dirigido aos pais ou à criança na presença dos pais, reconhecendo-se “o papel que os pais desempenham no apoio afetivo, sentimento de segurança, no reforço de expectativas positivas e na forma com a criança lida com os tratamentos médicos e cirúrgicos, mas também eles precisam de um suporte, conselho e orientação” (OE, 2011b, p. 17). No decorrer do estágio verificou-se

que quando a criança tem idade inferior a cinco anos a consulta é direcionada para os pais e em crianças com idade igual ou superior a cinco anos é dirigida à criança pois nesta idade as crianças “já têm pensamento lógico, sendo possível e benéfico explicar anteriormente o que se irá passar, tendo em conta o seu desenvolvimento” (Pimentel, 2001, p. 175), funcionando como condição facilitadora na diminuição dos efeitos traumáticos e na redução de perturbações do comportamento após a alta (Teixeira & Figueiredo, 2009).

Durante o período de estágio neste contexto formativo, **observei e colaborei em muitas consultas de preparação da criança/jovem e família para a cirurgia**, e registei as emoções vividas pela criança/família com necessidade de cirurgia, em **grelha de observação** elaborada para esse fim (Apêndice IV). Esta grelha serviu de apoio à observação efetuada e foi construída e adaptada à temática em estudo, considerando a evidência científica sobre a mesma, valorizando a dimensão emocional e das estratégias de gestão das emoções (Diogo, 2015) e tendo por base os *inputs* para diminuir o medo da cirurgia do guia orientador de boa prática já referido anteriormente (OE, 2011b).

Após as observações e registos efetuados em grelha de observação, efetuou-se uma análise das emoções vivenciadas pela criança/jovem e família que será submetida a cirurgia, verificando-se que o medo e a ansiedade são as principais emoções sentidas e vivenciadas antes da cirurgia, o que vai de encontro a toda a literatura sobre esta temática, no entanto, a maioria dos pais não verbalizam essas emoções e o enfermeiro deve ser o facilitador na perceção e na gestão dessas situações. A hospitalização e a cirurgia representam situações de ansiedade, *stress* e medo para a criança e família, existindo causas identificadas para essas emoções, nomeadamente, a separação do ambiente familiar, a quebra das rotinas diárias/familiares, o contacto com pessoas desconhecidas, a presença de equipamento assustador, a necessidade de realizar procedimentos invasivos que provocam desconforto e dor e a dificuldade em experienciar uma sensação controlo sobre os acontecimentos vividos (Broering & Crepaldi, 2008; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

Conhecendo as reações emocionais da criança e família perante o evento crítico da cirurgia (transição saúde/doença e situacional) e os principais stressores associados à hospitalização, que influenciam essas reações, e tendo em consideração que as respostas das crianças perante o evento são influenciadas pelo seu estágio de desenvolvimento, as suas experiências prévias com a doença, a separação e a hospitalização, foram desenvolvidas durante a preparação para a cirurgia, **intervenções**

**autónomas que visavam dotar as crianças de mecanismos de adaptação**, promovendo o desenvolvimento de competências que permitam um maior controlo sobre a realidade, o que vai ao encontro da competência **E2.5.2** do EESCJ, capacitando “a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de *coping* e de adaptação” (DR, 2011b, p. 8655) para o processo de transição que vai vivenciar.

Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição conduz ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências das pessoas e suas famílias, **promovendo respostas saudáveis para a transição** (Meleis, 2010). Para a mesma autora é importante que o enfermeiro forneça informações que o cliente possa interiorizar como conhecimento, capacitando-o. O enfoque da CPC, prévia ao procedimento cirúrgico, vai ao encontro do papel do enfermeiro no processo de transição vivenciado pela criança/família, pois possibilita a **diminuição de medos da criança inerentes à hospitalização e cirurgia**, tendo como benefícios a redução de perturbações comportamentais, psicológicas e emocionais, por a criança estar facilitada para lidar de forma positiva com o *stress* provocado pela acontecimento crítico (hospitalização/cirurgia), retirando aspetos positivos da experiência, sem que o seu crescimento/desenvolvimento sejam afetados, e diminuindo os efeitos traumáticos incitados pelo sofrimento e situação de crises próprias da hospitalização (Rosa, 2001).

Uma preparação para a cirurgia dirigida às necessidades identificadas pelo enfermeiro em cada família, ajuda a transformar uma situação de crise (transição) na criança perante o desconhecido, num potencial de crescimento, pela oportunidade que a criança/jovem e família têm de se desenvolver cognitivamente e emocionalmente, aprendendo e adquirindo recursos para lidar com crises similares no futuro (OE, 2011b), e pode reduzir na criança a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no pós-operatório e ser eficaz para minimizar a ansiedade dos pais (Broering & Crepaldi, 2008).

No âmbito do estágio na CPC, tive a oportunidade de **acompanhar e participar ativamente** em várias situações distintas de consulta a crianças/jovens e suas famílias, tendo sido elaborada uma **reflexão em jornal de aprendizagem** (Apêndice VI) sobre a realização de uma das consultas de preparação para a cirurgia efetuadas, com a supervisão da enfermeira de referência.

Numa fase inicial da consulta efetuou-se uma **colheita de dados**, através da entrevista e observação da criança/jovem e família. Durante a consulta **anteciparam-se os condicionalismos facilitadores e inibidores da transição**, conhecendo o

significado da situação para a criança e família, as suas crenças culturais e atitudes e o seu estado socio-económico, dotando a criança e família de conhecimento e preparando para o acontecimento crítico, a cirurgia (Meleis, 2010).

Está provado que perante a iminência de uma intervenção cirúrgica ou internamento, os eventuais receios e ansiedade que a criança possa sentir são minorados quanto maior for o nível de conhecimento da realidade presente ou da que vai ser vivida, campo de **intervenção autónoma do enfermeiro**, e que se encontra preconizado nos artigos 4º e 8º da Carta da criança hospitalizada, onde se inscreve que “as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão [e] as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1996), devendo “a equipa de saúde (...) ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (IAC, 1996), pois a imaginação das crianças pode agravar o estado de medo, levando-as a distorcer o que supõem ser a cirurgia (Broering & Crepaldi, 2008).

Após a fase inicial da consulta, incentivou-se a criança/jovem e família a verbalizar as suas dúvidas e medos, foi fornecida **informação antecipatória** e **preparou-se para o processo perioperatório**, para minimizar a carga emocional da transição para a criança e família e proporcionar “conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (DR, 2011b, p. 8655). Através da informação fornecida, a criança/família sente-se ligada aos enfermeiros aos quais podem fazer perguntas e esclarecer as suas dúvidas (indicador positivo) e a interação com os profissionais de saúde pode criar um ambiente em que cuidado pode ocorrer de forma eficaz e harmoniosa (Meleis, 2010).

Existem vários métodos/técnicas utilizadas na preparação para a cirurgia que foram mobilizadas no decurso da participação nas consultas, nomeadamente a transmissão de informações, a modelagem, o brincar, a dessensibilização e a distração (Huerta, 1996; Andraus et al., 2004; OE, 2011b; Sanders, 2011). A **transmissão de informações** baseou-se na validação dos conhecimentos prévios sobre o procedimento a efetuar, esclarecendo a criança/família e estimulando os pais/familiares a uma parceria de cuidados, negociando e participando ativamente no tratamento da criança e fornecendo um ambiente seguro e afetuoso e repleto de afeto. A **modelagem** e a **dessensibilização** foram utilizadas como intervenções terapêuticas para eliminar um estímulo provocador de medo, utilizando objetos palpáveis do contexto hospitalar e que complementam as informações dadas, ajudando a criança a familiarizar-se com objetos

com que irá lidar e exibindo esses objetos utilizados na prestação de cuidados (máscara, gorro, cateter venoso periférico, seringa, penso...). A **distração** foi ainda promovida como propícia a afastar a atenção da criança perante dois estímulos diferentes ao mesmo tempo, através da leitura de histórias e contos (vivenciando situações similares à enfrentada pela criança - hospitalização/cirurgia, p.ex. “A Anita no Hospital”; “O Diogo vai ser operado”) e desenhos e por ensino de exercícios de respiração.

O **brincar terapêutico** funcionou como intervenção terapêutica visando ajudar a criança a lidar com os seus receios e preocupações e partilhar a informação em ambos os sentidos: do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro (Glasper & Richardson, 2006) e o **brincar dramático** para que a criança expressasse as suas emoções, permitindo encenar/simular situações que podem ocorrer durante o período perioperatório (p. ex. *Playmobil* no bloco operatório), inclusivamente situações como a colocação do penso anestésico (Emla®) e aprendendo e desmistificando os eventos que as preocupam (Sanders, 2011). O brincar foi então utilizado como **ponte de comunicação facilitadora na comunicação** entre o enfermeiro e a criança pois permite adotar uma atitude descontraída e natural e para um ambiente informal. Através da brincadeira a criança consegue compreender o mundo que a rodeia, pois é um meio efetivo e poderoso que facilita a passagem de um estado passivo para um estado ativo onde controla e estabelece as regras, possibilitando o fluir da sua imaginação e sentimentos e exprimindo sentimentos, emoções e ansiedades que dificilmente são expressas de outra forma. Da análise das emoções registadas em grelha de observação (Apêndice IV) a grande maioria das crianças manifestam durante a brincadeira, verbalizando o medo da dor, se não vai acordar durante a cirurgia e o medo do desconhecido (ambiente e atores).

No decorrer da consulta, tendo em conta que um dos grandes medos da criança é a dor provocada por procedimentos, foi dada ênfase à competência do EESCJ, que “faz a gestão diferenciada da dor” (DR, 2011b, p. 8654), através da colheita de história de dor e pela **instrução e treino na utilização de escalas de avaliação da intensidade da dor**, treino esse que é realizado com a abordagem a acontecimentos prévios da criança em que esta teve dor.

Ao longo da consulta, **informou-se sobre todo o circuito perioperatório**, através da transmissão de informação e da apresentação de um vídeo e foram entregues os guias de acolhimento ao serviço onde a criança será admitida (internamento ou unidade de cirurgia ambulatoria) e sobre os cuidados a ter em período

pré e pós-operatório, o que concerne à competência **E2.5.** do EESCJ em promover “a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (DR, 2011b, p. 8655).

A concretização de consultas de preparação para a cirurgia, permitiu ir ao encontro das competências **E1.1.1**, **E1.1.2** e **E2.4.** do EESCJ, que “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (DR, 2011b, p. 8654), “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (DR, 2011b, p. 8654) e “providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (DR, 2011b, p. 8655), através dos conhecimentos prévios sobre o procedimento operatório, por forma a explicar à criança/jovem o que irá acontecer no circuito perioperatório e pós-operatório, a localização do penso operatório e se necessita de ficar internado ou se é regime de ambulatório.

No âmbito da CPC os **registos de enfermagem** são efetuados em suporte de papel em plano de cuidados sustentado pelo referencial teórico de Nancy Roper, podendo a informação não ser perceptível ou completa, ser ambígua e traduzir julgamentos de valor ou ainda perder-se ao longo do percurso da criança na instituição. Ao longo do tempo, as tecnologias de informação têm vindo a afirmar-se como indispensáveis para a gestão de múltiplas informações nas organizações de saúde e na área da enfermagem não tem sido exceção, no entanto, a introdução de sistemas de informação informatizados tem sido realizada de forma lenta e é o que acontece no hospital onde decorre a CPC.

Para Martins et al. (2008), “é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas (...) contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias” (p. 53). Pretende-se que a nossa atividade profissional seja autónoma e responsável, pelo que é fundamental a construção de diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções que corresponderão a um “agir reflexivo” do enfermeiro no dia-a-dia. As tecnologias de informação em saúde têm-se desenvolvido na procura de melhorar o acesso, o custo, a qualidade de cuidados e potenciando a produção de informação e a acessibilidade dessa informação por diferentes utilizadores, conseguindo-se através destas tecnologias produzir e monitorizar indicadores de

qualidade de cuidados e evidenciar o impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (OE, 2001).

Para a monitorização de indicadores de qualidade na CPC e cumprindo os requisitos de uma prática baseada na evidência, os registos deverão contemplar uma terminologia “comum” e classificada para a descrição da prática de enfermagem e por isso para a “construção” de um adequado padrão documental de registos de enfermagem no futuro sistema de informação a introduzir na CPC efetuei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, que incidiu nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem e nos focos da CIPE mais representativos da área específica da pediatria e elaborei elaborado um **planeamento dos cuidados de enfermagem** de acordo com intervenções autónomas de enfermagem realizadas na CPC, em resposta a um diagnóstico de enfermagem e com o objetivo de originar um resultado de enfermagem, segundo a terminologia e pressupostos funcionais da **CIPE** versão 2, que se apresenta em Apêndice XIII. Esta atividade não estava prevista no início do estágio mas produziu conhecimento e permitiu sistematizar as intervenções autónomas do enfermeiro na CPC.

No final deste contexto de estágio considero mais uma vez ter cumprido os objetivos a que me propus e ter adquirido as competências de EESCJ descritas anteriormente.

### **3.5. A criança hospitalizada num internamento de pediatria**

A experiência neste contexto clínico teve como finalidade compreender a dinâmica e funcionamento de um serviço de internamento diferente do contexto onde desempenho de funções, dando enfoque às dimensões da intervenção do enfermeiro no cuidado à criança cirúrgica, na gestão das emoções da criança/jovem e família que vivencia uma transição perante a hospitalização/cirurgia e na preparação para uma intervenção cirúrgica programada.

Foram definidos como objetivos para este campo de estágio:

Prestar cuidados à criança/jovem e sua família em especial situação de complexidade (com necessidade de cirurgia), utilizando estratégias promotoras de uma transição saudável perante um evento de hospitalização

Identificar as necessidades emocionais da criança/jovem e sua família com necessidade de cirurgia programada

Realizar formação para a equipa de enfermagem

O contexto formativo em internamento de pediatria teve lugar num serviço de internamento que acolhe crianças e jovens com patologias do foro médico e cirúrgico, o que permitiu um amplo leque de aprendizagens e experiências, focando-nos na temática do projeto elaborado para estágio. O internamento de pediatria recebe crianças desde os 0 aos 17 anos, quer seja por situações médicas, cirúrgicas ou mesmo sociais e o método de trabalho da equipa de enfermagem é o de enfermeiro responsável, ficando cada enfermeiro responsável pela prestação global de cuidados ao grupo de crianças/jovens que lhe é atribuído.

O serviço está organizado para poder disponibilizar vários tipos de quartos, desde enfermarias de duas ou três camas/berços (duas dessas enfermarias são exclusivas para o internamento de crianças no período perioperatório) e quartos individuais, dedicados a crianças com necessidade de isolamento ou adolescentes, como forma de promover e garantir a privacidade do jovem (aspeto ético essencial no atendimento nesta faixa etária) e visando a promoção da autonomia, implicada no processo de construção de uma identidade, crucial para um crescimento saudável (OE, 2010). Neste serviço existe ainda uma sala para uso exclusivo de jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos e interdita a adultos, proporcionando aos jovens a privacidade que eles tanto prezam e a realização de atividades compatíveis com as preferências destas faixas etárias (jogos de vídeo, acesso à internet, visualização de filmes e música).

No início do estágio realizou-se uma reunião com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira de referência (enfermeira responsável do serviço), sobre estratégias de promoção de uma transição saudável perante a hospitalização de uma criança, o que permitiu efetuar o **diagnóstico de situação** deste campo de estágio (Apêndice II) e finalizar o **guia orientador das atividades de estágio** (Apêndice III).

Um dos objetivos definidos para este campo de estágio foi o de prestar cuidados à criança/jovem e sua família com necessidade de cirurgia, utilizando estratégias promotoras de uma transição saudável perante um evento de hospitalização. Para



Diogo et al. (2015) “durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, o sistema familiar (criança e cuidadores familiares) depara-se frequentemente com inúmeros acontecimentos de vida geradores de crises, como a doença e a hospitalização” (p. 44) e a experiência da hospitalização deve constituir uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento (Barros, 2003), visando as intervenções de enfermagem às necessidades específicas da criança, os CCF e os cuidados não traumáticos.

A criança quando vive uma experiência de cirurgia está exposta a variados stressores: a separação dos pais, a exposição a pessoas e ambientes desconhecidos, o confronto com procedimentos invasivos e dolorosos, a perda de controlo, de autonomia, das aptidões adquiridas e da privacidade, a ameaça à integridade física (Conceição & Martins, 2008) e apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com os stressores, e por isso necessita por vezes de apoio externo para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o estágio tive a oportunidade de desenvolver competências de **trabalho em parceria com a criança e família** e observar e colaborar com a equipa de enfermagem nos cuidados às crianças submetidas a cirurgia. Desta curta experiência no contexto contatei que a equipa de enfermagem está atenta às necessidades emocionais da criança e sua família procurando **fornecer informação antecipatória para a cirurgia** desde o acolhimento, dando a informação possível e requerida e dando a conhecer o espaço físico, de modo a que a criança e família se familiarizem com o mesmo, **facilitando o processo de transição** situacional.

A transição saúde-doença é também observada como uma situação complicada durante a hospitalização por motivo de cirurgia, nomeadamente, as manifestações da patologia (particularmente a dor e alterações físicas visíveis) e as atitudes terapêuticas que restringem a criança (sejam alimentares ou de imobilização; sujeitas a máquinas e instrumentos desconhecidos) e das quais os cuidadores familiares não dependem (Jorge, 2004). Meleis & Trangenstein (1994) defendem que o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem deve estar assim focado na prevenção de transições não-saudáveis, promovendo a perceção de bem-estar e a capacidade para lidar com a experiência da hospitalização.

Uma cirurgia pode conduzir a alterações ao nível psicológico, emocional, cognitivo e social na criança, que podem persistir para além do período pós-operatório e a experiência emocional da criança/família assume uma importância central na ação de cuidar, já que as emoções têm um papel relevante nas respostas que cada pessoa tem

sobre uma situação específica sendo essencial que os enfermeiros se empenhem em “compreendê-las (...), em perceber a sua aparição, o seu alcance e as suas consequências” (Phaneuf, 2005, p. 205).

Ao longo do estágio foi possível realizar a **preparação para a cirurgia da criança no pré-operatório**, fornecendo explicações honestas, curtas e simples, em virtude de as crianças serem internadas de véspera no serviço, sendo esta fundamental para o sucesso da cirurgia e da vivência da transição para a criança e família. A preparação para a cirurgia foi feita de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo, o tipo de cirurgia e as condições da criança e da sua família, e os resultados refletiram-se numa resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, em maior segurança demonstrada no momento da alta hospitalar e menos dias de hospitalização, o que vai ao encontro do referido por Andraus et al. (2004). A atividade desenvolvida de preparação da criança a cirurgia permitiu ir ao encontro da competência **E1.2.8** do EESCJ, que “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (DR, 2011b, p. 8654).

As respostas emocionais da criança à cirurgia no contexto de internamento podem ser intensas, prolongadas e causadoras de danos, pelo que as intervenções de enfermagem tiveram foco nas experiências emocionais, nas estratégias de confronto e nos modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e da família, **mobilizando as estratégias de gestão das emoções** referidas no estudo de Diogo (2015). Mas nem sempre foi possível efetuar a preparação pré-operatória tornando-se a **gestão das emoções após o evento crítico** bastante importante. Assim, avaliou-se o que a criança pensava a respeito do acontecimento e dos procedimentos efetuados, ouvindo as explicações dadas pela criança no pós-operatório, para que a criança elaborasse as suas emoções e adquirisse uma compreensão adequada e real do que lhe aconteceu e porquê (Sanders, 2011) e utilizaram-se técnicas de projeção (contar histórias e brincar com os bonecos preferidos), fornecendo novas informações à criança mas baseadas no seu prévio entendimento.

Ao longo do percurso formativo neste contexto, foi possível **trabalhar sobre uma filosofia de cuidados pediátricos** promotora de parceria de cuidados, envolvendo os pais nos cuidados à criança/jovem e minimizando a separação entre ambos, reconhece a família como pólo central na vida de uma criança. como preconizado por Casey (1993).

Durante a realização de procedimentos dolorosos, promoveu-se a presença dos pais, **promovendo o exercício da parentalidade e os cuidados não traumáticos e**

esses procedimentos foram realizados em sala de tratamentos própria, valorizando assim um ambiente seguro e afetivo (Diogo, 2015). Na preparação para o procedimento doloroso, foi atendida a etapa de desenvolvimento da criança, adequando a linguagem e as estratégias a utilizar, e mobilizaram-se as estratégias não farmacológicas para prevenção da dor, já referidas no subcapítulo 3.1. Desta forma, foi possível **desenvolver as capacidades de comunicação** utilizando técnicas apropriadas à idade e às características individuais e culturais de cada criança e família.

No contexto de internamento pediátrico, cabe às enfermeiras criarem relações significativas com as crianças e famílias, que se caracterizam por uma comunicação aberta, como *empowerment* tanto para os enfermeiros como para a família (Hockenberry & Wilson, 2014). A comunicação revestiu-se de especial importância, por conceber a família como contexto da vida da criança/jovem, assim, as intervenções de enfermagem implicaram o estabelecimento de uma comunicação efetiva, cuja operacionalização decorreu dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, com a família e a equipa de enfermagem (OE, 2011b).

Como principal estratégia comunicacional para a construção da estabilidade na relação (Diogo, 2015), surgiu o **brincar como instrumento terapêutico** fundamental nos cuidados de enfermagem à criança e que se adotou como intervenção terapêutica. Hockenberry e Wilson (2014) reforçam a importância do brincar, afirmando que a comunicação é a linguagem universal das crianças, sendo que a brincadeira terapêutica é utilizada para reduzir o trauma de uma doença e hospitalização, e para preparar as crianças para procedimentos terapêuticos.

O desenvolvimento normal da linguagem e do pensamento oferece um quadro de referência para a comunicação com as crianças (Hockenberry & Wilson (2014) e por isso é necessário o EESCJ compreender as características de cada estágio do desenvolvimento da criança/jovem (lactente, toddler, criança pré-escolar, criança escolar e adolescente), utilizando as técnicas apropriadas, e sensíveis às suas capacidades e competências já adquiridas.

Ao longo do estágio, por a enfermeira de referência ser enfermeira responsável e desempenhar funções na área da gestão, já conhecidas da minha prática diária, foi possível ainda participar em atividades que inicialmente não estavam programadas mas que permitiram uma nova experiência e consolidaram o conhecimento em áreas relacionadas com a **gestão de cuidados**. O EE independentemente da sua área de especialidade deve demonstrar competências na área da gestão e supervisão de cuidados no âmbito da formação, investigação e assessoria (DR, 2011a), assim

participei em atividades como a **gestão e organização do armazém de terapêutica**, colaborando nos pedidos efetuados à farmácia hospitalar e na **reunião multidisciplinar diária**, que tem por finalidade analisar os casos clínicos do serviço, sendo um momento de partilha e crescimento, escutando-se opiniões de vários profissionais e donde emergem sugestões de intervenções e tratamentos para cada caso e/ou um eventual encaminhamento para outro profissional de saúde, nomeadamente os casos sociais ou de risco, com necessidade de encaminhamento para a assistente social, psicóloga ou pedopsiquiatra. A partilha de saberes e o trabalho em equipa são fundamentais para melhor cuidar e obter ganhos em saúde, com benefício para a criança/jovem e família que cuidamos.

Delineou-se para o contexto de estágio em internamento pediátrico, efetuar um **diagnóstico das necessidades formativas** no seio da equipa de enfermagem sobre a dimensão emocional dos cuidados, mais concretamente sobre o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e sua família, tendo sido elaborado um **questionário** para aplicação à equipa de enfermagem (Apêndice XIV).

A análise efetuada permitiu aferir que os participantes no diagnóstico realizado efetuam no dia-a-dia intervenções que vão de encontro às estratégias de gestão emocional preconizadas por Diogo (2015) e de preparação da criança para a cirurgia, embora em conversas informais não tenham manifestado consciência disso, e não demonstrem compreender o impacto positivo das suas intervenções no equilíbrio emocional da criança que vai ser submetida a cirurgia. Assim, perante a análise das respostas dadas pela equipa de enfermagem e perante a vontade manifestada pelos participantes no questionário aplicado em frequentarem uma formação sobre a temática, planeou-se a **realização de uma ação de formação** por forma a adquirir a competência de EE que se responsabiliza “por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (DR, 2011a, p.8653), favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros (DR, 2011a).

No entanto, esta atividade, não foi passível de se concretizar por motivos inerentes ao contexto de estágio. Por não ter sido possível a concretização desta atividade, foi sugerido no turno seguinte à enfermeira de referência o fornecimento de um **dossier de artigos temáticos** (o mesmo que foi fornecido no contexto de estágio de urgência pediátrica), conjuntamente com os diapositivos da sessão que se pretendia realizar visando a partilha de conhecimentos com a equipa através da documentação. Pretendia-se com esta atividade ir ao encontro das competências comuns aos EE’s,

atuando como “formador oportuno em contexto de trabalho” e favorecendo a aprendizagem (DR, 2011<sup>a</sup>, p. 8653).

## 4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Foi com alguma naturalidade que amadureceu o desejo e a necessidade de aprofundar e desenvolver as competências pessoais e profissionais, para além das relativas à prestação de cuidados gerais de enfermagem, surgindo como motivação para a realização do CMEESIP o de desenvolvimento e aquisição de competências específicas do cuidar em Pediatria, no sentido de ir ao encontro das suas exigências e especificidades, de uma forma mais adequada e efetiva, e tendo em vista a procura da excelência no exercício profissional, assegurando o princípio inscrito no artigo 76º da deontologia profissional do enfermeiro: o profissional deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (OE, 2015, p. 30).

O enfermeiro é responsável pelo seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional e é na vivência prática que o saber teórico se aplica e desenvolve, com base numa prática baseada na evidência e que concorre para a aquisição de competências. De acordo com a OE (2003) a competência diz respeito ao “fenómeno multidimensional complexo e [que se define] como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade funcional” (p. 243) e resulta de três fatores: o saber agir (conhecimentos, habilidades e recursos do profissional), o querer agir (motivação intrínseca do indivíduo e o contexto em que ele intervém) e o poder agir (contexto organizacional, que é determinado pelo tipo de gestão, de organização do trabalho e das condições sociais, que permita que o profissional assumir responsabilidades) (Le Boterf, 2005).

No processo de aquisição de competências é na vivência do dia-a-dia que os conhecimentos teóricos se aplicam e desenvolvem, estando a reflexão sobre a ação na base da mobilização dos saberes teóricos, permitindo a reorganização do pensamento e da ação, num meio em permanente mudança e que exige uma capacidade de adaptação a uma transição no percurso profissional para um agir autónomo e responsável, e a transformação pessoal do profissional decorre do caminho percorrido nesta reflexão (Benner, 2001).

Ao longo deste percurso esteve sempre vigente a procura de uma compreensão, um modo de ser, agir e exercer que se traduz em respostas, e na capacidade de resiliência necessária para enfrentar um novo dia (Benner, 2001). A complexidade das intervenções do enfermeiro requerem um desenvolvimento contínuo ao longo da sua vida profissional e para que o enfermeiro atinja o nível de perito deve investir na sua formação, para evoluir numa profissão que é uma ciência mas também uma arte, o que implica que devemos ser detentores de experiências baseadas na evidência, contribuindo para uma excelência na prestação de cuidados e ganhos em saúde no cuidar em pediatria.

Para a OE (2011a), estão definidos critérios para a aquisição do título de EESCJ, nomeadamente o desenvolvimento de competências partilhadas a todos os EE's, independentemente da sua área de especialidade, que se demonstram "através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (p. 8649), e de competências específicas "que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (p. 8649).

O regulamento das competências comuns do EE defende que "a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde" (OE, 2011b, p.8649) e o regulamento das competências do EESCJ contempla que este "trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa...)" (OE, 2011b, p.8654), tendo por isso sido importante efetuar os estágios em serviços onde a prestação de cuidados incidia sobre um campo de intervenção particular da enfermagem.

A prática do EESCJ é baseada na concepção de CCF, sendo o binómio criança-família o beneficiário dos seus cuidados especializados e o EESCJ promove "(...) o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa" (OE, 2011b, p. 8654).

Ao longo dos estágios procurou-se responder às necessidades específicas de cada contexto da prática clínica, propondo atividades com enfoque na dimensão emocional do cuidar e na importância da mesma para os cuidados e pretendeu-se

adquirir o conjunto de competências definidas pela OE (2011a e 2011b) para permitir a aquisição do título de EESCJ, através de:

- Um exercício profissional seguro, baseando a tomada de decisão nos princípios e valores ético-deontológicos e incluindo as melhores práticas, preferências e direitos da criança/família;
- Uma prática profissional com promoção de valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas de indivíduos/grupos, assumindo a responsabilidade de gestão de situações potencialmente comprometedoras para os clientes;
- Idealização de projetos institucionais, através de uma análise e revisão das práticas, tendo em conta uma melhoria contínua;
- Ter em conta a gestão do ambiente como condição imprescindível na relação terapêutica, para promover durante o exercício profissional um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança;
- Otimização da resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, através da gestão dos cuidados, mantendo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, melhorando a informação, diagnósticos, prescrição e avaliação e reconhecendo quando referenciar a outros técnicos de saúde;
- Reconhecimento de fatores que interferem na relação com o Outro, tomando conhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais, gerindo situações de eventual conflitualidade, antecipando e desencadeando as respostas e técnicas apropriadas a essas situações;
- Ser agente facilitador nos processos de aprendizagem da equipa, através da apropriação de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes na tomada de decisão e intervenções desenvolvidas;
- Estabelecimento de uma parceria de cuidados efetiva com o binómio criança/família, promovendo a parentalidade, favorecendo a promoção da otimização da saúde e diagnosticando precocemente situações de risco que possam afetar de forma negativa a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mobilizando os conhecimentos e recursos para uma rápida identificação antecipatória de focos de instabilidade, promovendo ganhos em saúde;
- Efetuar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando respostas e recorrendo a várias terapias de enfermagem;
- Capacitar a criança/família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O término de um percurso origina, sempre, alguma ambivalência de sentimentos, pois, se por um lado, somos invadidos pela felicidade perante o percurso e a conclusão do mesmo, por outro, fica sempre a ideia de que muito mais poderia ter sido feito, que muito mais há para fazer e que a finalização desta etapa na nossa vida pessoal e profissional não é nada mais do que o começo de uma nova etapa com tanto para fazer e desenvolver.

O estágio de um enfermeiro em contexto do CMEESIP é um conjugar de novos conhecimentos com a sua anterior e/ou atual experiência profissional, sendo cada um de nós responsável pelo nosso próprio desenvolvimento profissional, por forma a adquirir as competências de enfermeiro perito e indo ao encontro das competências definidas pela OE para o EESCJ. O percurso ao longo do estágio foi delineado para conduzir a uma aprendizagem, crescimento e desenvolvimento, no entanto, no ato de aprender está sempre implícito um comprometimento, um desejo de crescimento e envolvimento permanente, em paralelo com a capacidade de autoconhecimento, experiências vividas, desconstrução e reconstrução de ideias.

Considerando que uma transição comporta mudança (Meleis et al., 2000), este relatório é o culminar de uma mudança pessoal que ocorreu ao longo deste percurso formativo, e no final deste percurso de transição consigo dar resposta e identificar situações que anteriormente não conseguia, assim como auto-responsabilizar-me por algumas das terapêuticas de enfermagem instituídas à criança/família, com o objetivo de alcançar um resultado positivo e saudável com qualidade e bem-estar (Meleis et al., 2000). A sua elaboração implicou o desenvolvimento da capacidade de análise, síntese, planificação e organização do trabalho desenvolvido, numa dinâmica que me permitiu uma intervenção ativa no meu processo de aprendizagem, tendo-se revelado um desafio à capacidade de desenvolver e adquirir novos saberes/competências nos diferentes domínios do conhecimento, no âmbito do cuidar em enfermagem pediátrica.

Ao longo deste relatório foi relatada a vivência nos diferentes contextos de estágio, expondo os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas para ir ao encontro das competências de EESCJ, permitindo desenvolver e adquirir as mesmas. Como resultado dos estágios efetuados, salienta-se o facto de ter incorporado as duas vertentes em que o EESCJ desenvolve a sua prática: contexto hospitalar e contexto comunitário, sendo que ambos contribuíram para o meu crescimento quer enquanto

profissional quer enquanto pessoa, e permitiram atingir os objetivos delineados para este percurso.

As aquisições durante o percurso formativo traduziram-se em ganhos de competências e, conseqüentemente, numa mestria e num aumento da capacidade profissional, com reflexo direto nas intervenções de enfermagem prestados no meu contexto profissional, nomeadamente na criança/família que vivencia uma transição perante a necessidade de hospitalização e cirurgia. A mestria é determinada pela aquisição de novas habilidades e comportamentos que se vivenciam durante as transições (Meleis et al., 2000) e um profissional competente é aquele que consegue estabelecer interações entre o saber-saber, o saber-fazer e o saber-aprender e o meio envolvente desencadeando mecanismos de adaptação a diversos contextos.

Os cuidados de enfermagem são envoltos em emoções pela relação que se estabelece com o Outro, e onde incorre o trabalho emocional do enfermeiro com a criança/família submetida a cirurgia, que encontra expressão no poder capacitador do cuidar, atenuando ou minimizando o impacto da hospitalização/cirurgia e promovendo sentimentos positivos decorrentes do internamento (Diogo, 2015), facilitadores das vivências emocionais num processo de transição (Meleis, 2010). Ao longo do percurso formativo as diferentes estratégias e intervenções adotadas tiveram por base o referencial teórico, a filosofia de cuidados em enfermagem pediátrica (CCF, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos) e as estratégias de gestão de emoções no cuidar da criança/família designadas no estudo de Diogo (2015).

No final deste percurso formativo, sente-se que o trabalho desenvolvido não se termina e esgota e por isso pretende-se transpor os conhecimentos adquiridos para o contexto profissional em que desempenha funções, através da elaboração de um programa de preparação da criança/jovem e família para a cirurgia (eletiva), indo ao encontro aos estudos que demonstram a sua utilidade e benefício na cooperação dos pais, melhoria da interação das crianças com os profissionais de saúde e minimização do impacto de uma situação de crise (transição) na criança/família, com o objetivo de melhoria dos cuidados de enfermagem e ganhos em saúde.

Uma adequada preparação da criança/jovem em período pré-operatório deverá ser efetuada ao binómio criança/família, incluindo uma preparação física adequada mas tendo como objetivo central a preparação psico-emocional da criança e sua família, protegendo e favorecendo o seu desenvolvimento integral, e não apenas restaurando e mantendo a sua saúde física, e intervindo perante a situação de transição que ocorre com a necessidade de cirurgia.

Como perspetivas de continuidade do percurso desenvolvido, manifesto ainda a vontade de elaborar um artigo sobre a temática estudada para partilha dos conhecimentos adquiridos.

Mas o percurso não termina aqui... Com sede em prosseguir, pretendo ainda transmitir todos os conhecimentos apreendidos com a equipa de enfermagem do internamento em que sou enfermeira responsável, para que os enfermeiros adquiram conhecimentos sobre esta temática no sentido de uma melhoria contínua da prestação de cuidados às crianças que cuidamos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), pp. 373-382.
- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Ribeiro dos Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental – Relatório 2007-2010*. FMH: Universidade Técnica de Lisboa
- Alves, E., Dessunti, E. M., & Oliveira, M. A. C. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3 (3), pp. 47-53.
- Andrade, T., Casanova, C., Carvalho, F., & Fernandes, A. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica - estudo inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, 17 (1), 16-20.
- Andraus, L. M. S., Minamisava, R. F., & Munari, D. B. (2004). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Pediatria Moderna*, 40 (6), 242-246. Disponível em [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2846&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2846&fase=imprime).
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. M. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Percepções das mães sobre a preparação pré-cirúrgica de seus filhos segundo dois modelos. *Psicologia Argumento*, 29 (66), 327-341.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., Paniz, V. M. V., & Soares, P. C. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1), 1069-1079. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a39v16s1.pdf>.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. A. Glasper, & A. Tucker, *Advances in hild Health Nursing*. London: Security Press.
- Centro de Saúde (2011). Documento institucional: Programa de carteira de serviços UCC do Lumiar - ACES Lisboa Norte.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn, *Nursing research methodology: issues and implementation* (pp. 237-257). Rockville: Aspen Publishers.

- Christian, B. J. (2013). The essence of pediatric nursing - Translating evidence to improve pediatric nursing care for children, their parents and families. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 193-195.
- Coffey, J. (2006). Parenting a child with chronic illness: A metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 51-59.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Portugal: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma N.º10. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Domian, E., Baggett, K., Carta, J., Mitchell, S., & Larson, E. (September/October de 2010). Factors Influencing Mothers' Abilities to Engage in a Comprehensive Parenting Intervention Program. *Public Health Nursing*, 27, 399-407.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. M. d. S. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 18 (2), pp. 45-60.
- Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A.-S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 946-955.
- Glasper, E. A., & Haggarty, R. (2006). The psychological preparation of children for hospitalisation. In E. A. Glasper, & J. Richardson, *A textbook of children's and young people's nursing* (pp. 61-76). London: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Glasper, E. A., & Richardson, J. (2006). *A textbook of children's and young people's nursing*. London: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
-

- Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - normas APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em <http://www.esel.pt/ESEL/PT/CentroDocumentacao/NormasApresenta%C3%A7%C3%A3oTrabalhos/biblioteca.htm>.
- Gomes, C., Trindade, G. & Fidalgo, J. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, 2, 105-116.
- Gordon, B. K., Jaaniste, T., Bartlett, K., Perrin, M., Jackson, A., Sandstrom, A., & Charleston, R. (2010). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child: care, health and development*, 37 (5), 727-733.
- Grunau, R. E. (2013). Neonatal pain in very preterm infants: Long-Term effects on brain, neurodevelopment and pain reactivity. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 4 (4), 1-13.
- Healy, K. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28 (2), 179-185.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução de Wong's Nursing care of infants and children, 9th ed., 2011, USA: Mosby)
- Huerta, E. d. (1996). Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30 (3), 340-353.
- Instituto de Apoio à Criança (1996). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança - Re(Pensar) o cuidar em cnfermagem*. Loures: Lusociência.
- José, H. (2010). *Resposta humana ao humor: Humor como resposta humana*. Loures: Lusociência.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 35-43.
- Le Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*, (10), 1-42.
- Li, H. C., & Lam, H. Y. (2003). Paediatric say surgery: Impact on Hong Kong chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 882-887.

- Li, H. C., Lopez, V., & Lee, T. L. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30 (3), 320-332.
- Marques, J. (2011). *Era uma vez um filho: a transição para uma nova realidade* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Disponível no em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9223>.
- Martins, M. C. A., & Melo, J. M. C. D. d. (2008). Emoção... emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida?. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 13 (34), 119-123. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8362>.
- Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J. ... Santos, (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 52-61.
- Martins, C. P., Tapia, C. E. V. (2009). A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 778-783.
- Martins, L. A., Silva, D. S., Aguiar, A. C. S. A., & Morais, A. C. (2012). Inserção da família na unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão sistemática. *Revista Enfermagem UFPE online*, 6 (4), 876-883. Disponível em [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2328/pdf\\_1154](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2328/pdf_1154).
- Maas, T., & Zagonel, I. (2005). Transição de saúde-doença do ser sdolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75. Disponível em: [http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index\\_php/cogitare/article/viewfile/501413790](http://o/s.c3sl.ufpr.br/o/s-2.2.4/index_php/cogitare/article/viewfile/501413790).
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I., & Im, E. (2002). Grandmothers and Women's health: from fragmentation to coherence. *Health Care for Women International*, 23, 207-224.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). 2.2. Facilitating transitions: Redefinition of nursing mission. In A. I. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moro, E. T., & Módolo, N. S. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54 (5), 728-728.
- Newton, M. S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nurse*, 26 (2), 164-168.
- International Nurses Council (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem® 2.0*. Disponível via Ordem dos enfermeiros em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Oliveira, A., Laceiras, A., Pereira, M., & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*, 53 (4), 202-205.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume 1*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Cadernos OE - Série I, n.º 6)*. Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Pereira, S., Silva, A. O. e, Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., ... Freitas, A. F. de. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37 (6), 580–586.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Revista Servir*, 49 (4), 172-177.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, nº 25, pp. 677-687.



- Portaria nº 394-B/2012 de 29 de Novembro (2012). Portaria nº 394-B/2012, de 29 de Novembro - Reorganização dos ACES integrados na ARSLVT, I.P. *Diário da República*, 1.ª série, Nº 231 (29-11-2012), 6832-(5) a 6832-(11).
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, aprovado a 29 Maio de 2010. *Diário da República II Série*, Nº 35 (18-02-2011), 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011), 8653-8686.
- Rosa, M. (2001). Preparação pré-operatória da criança/família para a intervenção cirúrgica. *Nursing*, 129, 26-30.
- Sanders, J. (2011). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: M. J. Hockenberry & D. Wilson (Coord.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.) (pp. 675-702). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, XX (1), 26-31.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento materno: promoção e manutenção*. Lisboa: Lidel.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image - Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Teixeira, E. M., & Figueiredo, M. C. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programad. *Rev. Referência, II Série* (9), 7-14.
- Vaezzadeh, N., Douki, Z. E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., & Sadegui, R. (2011). The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety. *Iran Journal of Pediatrics*, 21 (4), 461-466.
- Wennström, B., Hallberg, L. R., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 96-106.
- Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana Enfermagem*, 7 (3), 25-32.
-

## **Apêndices**

## **Apêndice I**

Cronograma de estágios

## CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS

ANO	2013														2014								
MÊS	Set	Out				Nov				Dez					Jan				Fev				Mar
SEMANA	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª			13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª			
DIA	30	07	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	20		06	13	20	27	03	10	17	24	03
	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06	13	19		03	10	17	24	31	07	14	21	28	07

Legenda:

	Escola
	SUP
	UCIN
	UCSP – Consulta de saúde infantil

	Consulta externa de pediatria
	Internamento de pediatria
	Elaboração e apresentação do relatório (data prevista)



## **Apêndice II**

Diagnóstico inicial de situação

## NOTA INTRODUTÓRIA

Neste apêndice é efetuada uma breve caracterização dos locais de estágio, que implicou um diagnóstico inicial de situação e o planeamento das atividades a desenvolver em cada contexto. A caracterização dos locais de estágio é apresentada por ordem cronológica da realização de cada contexto de estágio.

Existem cada vez mais, novos contextos e realidades na área dos cuidados de saúde, com diferentes unidades de saúde e recentes tecnologias. Os enfermeiros precisam de conhecer não só as práticas desses contextos, que são diferentes daqueles onde exercem as suas funções, como estarem preparados para desenvolver um papel ativo nesses cuidados, assim, o aumento da complexidade dos cuidados de saúde aumentará as práticas colaborativas no trabalho em equipa (Vieira, 2008) e dotará o enfermeiro de competências específicas enquanto futuro EESCJ.

---







**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

---

## **Diagnóstico inicial de situação**

---

Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis, nº 4806

Orientação:  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Lisboa



## **BREVE CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

### **A. O Serviço de urgência pediátrica**

O SUP onde foi realizado o primeiro período de estágio está inserido num hospital EPE (desde outubro de 2008, após uma experiência de treze anos sob gestão privada), integrado na rede do SNS e tem a sua área de influência nos municípios de Sintra e Amadora, dando apoio a uma população que ronda os 600 mil habitantes.

Em 2000, o hospital foi o primeiro em Portugal a obter um reconhecimento internacional formal, a acreditação pelo King's Fund Health Quality Service, a qual reconhece que o hospital cumpre os requisitos de qualidade exigidos pela instituição britânica. Esta mantém-se atualmente, tendo sido re-acreditado pela terceira vez em 2011, pelo CHKS (Caspé Healthcare Knowledge System). Um sistema de acreditação exige o cumprimento de critérios que vão desde a área administrativa à área clínica, como por exemplo, a dupla verificação da administração de medicamentos específicos, a marcação do local cirúrgico, a avaliação do risco clínico e não clínico em todo o hospital, a existência de um plano de emergência, o consentimento informado para todos os clientes que sejam sujeitos a cirurgia, entre outros, sempre com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com as restantes instituições hospitalares integradas na rede do SNS, utilizando os recursos humanos e materiais adequadamente, tendo por base os princípios de qualidade, efetividade e eficiência. Faz também parte da sua missão, a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais.

Do organograma da instituição faz parte a direção de enfermagem, que é uma direção técnica de primeira linha diretamente dependente do conselho de administração, competindo a esta a direção dos serviços de enfermagem e dos assistentes operacionais do hospital. A missão da direção de enfermagem é a prestação de cuidados de enfermagem que visam a satisfação dos doentes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado dos utentes e a sua readaptação funcional, sendo o referencial teórico utilizado o modelo de Nancy Roper.

O hospital está organizado por departamentos, com um leque muito variado de valências de atendimento à população que serve, entre elas o departamento de saúde

da mulher e da criança onde estão integrados os serviços de internamento pediátrico, cuidados intensivos e neonatais, urgências e consultas. O SUP é assim um serviço do departamento de pediatria que funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, tendo como missão: “prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde” (frase inscrita em quadro à entrada do SUP).

O SUP acolhe todas as crianças e jovens desde os 0 aos 17 anos, que se encontram em situação de doença aguda e os utentes pediátricos chegam a este serviço vindos de casa, escola e/ou outras instituições. Neste contexto é possível encontrar uma grande variedade de patologias, sobretudo do foro respiratório no período em que se realizou o estágio, mas também gastrointestinais e traumatismos.

O SUP encontra-se localizado no piso 2, na zona posterior do hospital (torre Amadora) e da sua constituição fazem parte: duas salas de triagem, uma sala de tratamentos, uma sala de aerossóis, quatro gabinetes médicos (com possibilidade de estarem seis médicos permanentemente em consulta), uma sala de reanimação (com uma maca e uma incubadora e preparada com equipamento para atuação em situação de emergência), uma sala de observação com uma lotação de seis camas (que se destina às crianças e jovens que necessitam de permanecer em observação até 24 horas ou efetuar tratamentos de curta duração) e restantes áreas de apoio (sala de sujos, sanitários para a criança/jovem e para os profissionais, arrecadação, sala de pausa para os profissionais e gabinete da enfermeira chefe de serviço).

Ao entrar no SUP, verifica-se que o mesmo se encontra decorado com desenhos na parede, criando um ambiente alegre e descontraído, proporcionando conforto à criança e minimizando possíveis traumas através da distração e humanização do espaço e facilitando a vivência de uma transição saúde/doença e situacional. As duas primeiras salas à entrada do SUP correspondem às salas de triagem e o sistema de triagem utilizado é a triagem de Manchester, pois embora ainda seja polémica, é considerada como “imperativa para a admissão em tempo útil das situações verdadeiramente graves” (Andrade, Casanova, Carvalho & Fernandes, 2008).

A equipa que dá apoio ao SUP é constituída por uma equipa médica pediátrica, equipa de enfermagem, assistentes operacionais e administrativas. A equipa de enfermagem é composta por vinte e sete elementos, em regime de contrato de trinta e seis horas semanais, incluindo a enfermeira chefe e o enfermeiro responsável, dos quais apenas estes dois são EESCJ de carreira. Na restante equipa existem já quatro

enfermeiros com o título de EESCJ e um enfermeiro especialista em reabilitação, mas que não têm esse título na carreira interna da instituição. Os elementos da equipa de enfermagem encontram-se distribuídos por cinco equipas, com uma dotação por turno de quatro elementos em todos os turnos no período de verão mas com alteração da dotação para cinco elementos no turno da tarde em período de inverno.

Os enfermeiros são distribuídos no início de cada turno pelo enfermeiro responsável de equipa e distribuem-se da seguinte forma: um enfermeiro na sala de triagem, um enfermeiro na sala de tratamentos e aerossóis, um enfermeiro na sala de observação e o enfermeiro responsável de equipa fica responsável pela sala de reanimação e por dar apoio a todas as áreas. Nas tardes de inverno, o quinto elemento fica também a dar apoio a todas as áreas, ficando localizado onde existir maior carga de trabalho.

O método de trabalho usado no SUP é o funcional, que se reporta à fragmentação das tarefas executadas por cada membro da equipa, em que a ênfase dos cuidados é colocada na técnica e onde se perde a visão holística do cliente, no entanto, a filosofia de cuidados adotada pela equipa de enfermagem continua a centrar-se na filosofia de cuidados pediátricos: cuidados centrados na família, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos.

Este serviço tem o apoio da cirurgia pediátrica, neuropediatria, psicologia, assistente social entre outras valências. Algumas valências não se encontram localizadas na área do SUP mas sim na área do serviço de urgência geral, nomeadamente a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a ortopedia e a pequena cirurgia, sendo as crianças/jovens encaminhadas após a triagem para essas valências. O SUP oferece atendimento por profissionais qualificados na área da pediatria, realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises sanguíneas e de urina, exames de imagiologia, administração de terapêutica e realização de inalatórios.

Os registos clínicos são efetuados em aplicativo informático – Soarian<sup>®</sup>. De acordo com Rocha (2012), os registos clínicos informatizados promovem a sistematização e uniformização de procedimentos, numa melhoria da organização do armazenamento das informações de saúde.

Neste serviço foram atendidas em 2012 cerca de 6.400 crianças, com uma média de 200 crianças/mês, com um máximo de afluência de cerca de 300 crianças/mês no período do inverno. As situações clínicas mais frequentes são as crianças vítimas de traumatismos, traumatismos crânio-encefálicos, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves,

convulsões, descompensação diabética, vigilância pós exames complementares de diagnóstico e pré e pós-operatórios cirúrgicos, o que motivou a seleção deste local para realização do primeiro contexto formativo em estágio.

## **B. A Unidade de cuidados intensivos neonatais**

A UCIN onde se realizou o segundo contexto de estágio está inserida num dos seis hospitais da área da grande Lisboa, que fazem parte do CHLC, EPE, criado em 2007 e integrado na rede do SNS. O CHLC tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos seus utentes e a sua atividade assegura a cada utente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, e abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado “o doente em primeiro lugar”.

O hospital onde se insere a UCIN foi construído em 1877 e tem vindo ao longo dos anos a ganhar a diferenciação em todas as especialidades na sua componente pediátrica, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido como um dos hospitais pediátricos de referência a nível nacional. Esta instituição dá apoio a uma grande área de Lisboa central (Alameda, Coração de Jesus, Graça, Lapa, Luz Soriano, Marvila, Olivais, Penha de França, Sacavém, Sete Rios, São João e São Mamede/Santa Isabel), mas existem também protocolos de referência em várias valências/especialidades e articulação com as várias instituições de cuidados de saúde primários, continuados e instituições hospitalares da rede do SNS.

Na UCIN são internados RN's com necessidade de cuidados especiais à nascença ou até aos trinta e um dias após o nascimento, por motivo de patologia médica e cirúrgica, de toda a região de Lisboa e vale do Tejo e ilhas dos Açores e, por referência, desde Coimbra até ao sul do país. Estando integrada num dos dois únicos hospitais da área de Lisboa com cirurgiões especializados em cirurgia neonatal (à exceção de cirurgia cardíaca), a maioria dos RN's internados nesta UCIN têm predominantemente uma patologia do foro cirúrgico, o que motivou a seleção desta UCIN como local de estágio. A gestão de vagas para todos os RN's em estado crítico que necessitam de cuidados especiais é assegurada pelo subsistema de transporte neonatal, Instituto nacional de emergência médica (INEM) da região sul.

Durante o ano 2012, estiveram internados nesta unidade cerca de 130 RN's. Ao longo dos anos a enfermeira chefe do serviço tem verificado um menor número de RN's internados na UCIN - por redução da taxa de natalidade a nível nacional e por encerramento da maternidade no hospital onde se integra a referida UCIN - mas denota que esses RN's têm complicações mais graves, o que a leva a associar esse aumento de complicações com uma diminuição na vigilância pré-natal.

A UCIN combina uma tecnologia muito avançada e diferenciada com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação dos cuidados ao RN prematuro ou doente e nesta unidade existe um ambiente propício ao tratamento do RN, livre de estímulos nocivos, promotor de um desenvolvimento positivo e minimizador dos efeitos negativos da doença e da separação dos pais.

Fazem parte da equipa neonatologistas, médicos internos de pediatria, enfermeiros e assistentes operacionais. Existe o apoio de outros profissionais consoante os problemas específicos de cada RN, como por exemplo cardiologistas, cirurgiões, neurologistas pediátricos, fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala, oftalmologistas, assistentes sociais ou psicólogos. Os pais são também um elemento fundamental na equipa, sendo a sua presença encorajada e apoiada, promovendo CCF e uma transição positiva para a parentalidade (Meleis, 2010).

A equipa de enfermagem da UCIN é composta por vinte e oito elementos, dos quais vinte e sete em regime de contrato de quarenta horas semanais e um enfermeiro em regime de prestação de serviços de vinte horas por semana. Da totalidade da equipa, quatro enfermeiros são EESCJ de carreira, onde se incluem a enfermeira chefe, enfermeira responsável e duas enfermeiras em horário fixo no turno da manhã mas na restante equipa existem mais catorze enfermeiros com o título de EESCJ, mas que não têm esse título na carreira interna da instituição.

A equipa de enfermagem é distribuída por cinco equipas, com uma dotação de sete elementos nos turnos de manhã durante a semana e cinco elementos no turno de manhã aos fins-de-semana e feriados e em todos os turnos de tarde e noite. Os enfermeiros são distribuídos pela enfermeira responsável nas manhãs de semana e pelo enfermeiro responsável de equipa nos restantes turnos, ficando quatro enfermeiros na sala de cuidados intensivos (rácio de um enfermeiro responsável por cada dois RN's) e um enfermeiro na sala de cuidados intermédios (rácio de um enfermeiro por cada quatro RN's).

A UCIN está localizada no primeiro piso do hospital e permite uma lotação de doze incubadoras/berços, estando dividida em duas salas, a sala de cuidados intensivos

(UCIN I) com oito incubadoras e a sala de cuidados intermédios (UCIN II), com quatro incubadoras/berços. Da sua constituição fazem parte ainda: um gabinete médico, sala de trabalho/equipamentos, sala de registos e restantes áreas de apoio (sala de sujos, WC para profissionais, vestiário com cacifos para os pais, arrecadação, sala de pausa para os profissionais e gabinete da enfermeira chefe do serviço).

Os pais podem permanecer 24 horas junto do RN mas em período noturno poderá permanecer somente um dos progenitores. Os irmãos podem efetuar visitas aos RN's (se forem pequenos deverão ser acompanhados pelos pais e a visita deverá ser de curta duração; se, pelo contrário, forem adolescentes poderão permanecer o tempo que desejarem). O RN poderá ter duas visitas diárias alternadas, por um período de dez minutos cada, no período entre as 14 e as 18 horas, sendo estas visitas geridas com os pais. Em situações especiais (baptismo, antes da cirurgia ou em estado crítico) o número e o horário das visitas poderão ser flexíveis.

A filosofia de cuidados adotada pela equipa de enfermagem centra-se na filosofia de cuidados pediátrica: CCF, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos, existindo uma negociação de cuidados entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. O método de trabalho adotado é o de enfermeiro responsável e o referencial teórico é o de Nancy Roper.

Os registos de enfermagem são efetuados em suporte de papel, à exceção da avaliação inicial de enfermagem e da avaliação do risco de úlcera de pressão no RN, que são efetuados em aplicativo informático – SSCLinic<sup>®</sup>. Estão a ser desenvolvidos na UCIN vários projetos pela equipa de enfermagem, nomeadamente: acolhimento da família, da admissão a casa, o método de canguru, a massagem ao bebé, a morte e a perda na UCIN, o cuidado ao RN com ostomias, a hora da sesta (ainda em fase inicial), a avaliação do risco de úlcera de pressão no RN, a avaliação da dor e a avaliação do risco de quedas. Os quatro primeiros projetos referidos estão inseridos no programa de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, existindo auditorias anuais à sua concretização e os últimos três projetos são transversais a todo o CHLC.



### **C. A Unidade de cuidados de saúde personalizados**

Em novembro de 2012, após o estabelecimento legal necessário à criação dos ACES do SNS, foram criados quinze ACES na ARSLVT e distribuídos pelo território da sua área de influência – NUTS III Grande Lisboa, Península de Setúbal, Oeste, Médio Tejo e Lezíria do Tejo (Diário da República, 2012). Um dos ACES criados foi o de Lisboa Norte, que integra, na sua área geográfica de influência as seguintes freguesias do concelho de Lisboa: Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica. A UCSP, onde se realizou o terceiro período de estágio, está inserida neste ACES.

O ACES tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade, com eficiência e eficácia, à população da sua área geográfica de influência, através de: promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados personalizados e continuados de saúde, integração de cuidados, vigilância epidemiológica e investigação em saúde e implementação da qualidade total e formação dos vários grupos profissionais nas fases pré-graduada, pós-graduada e contínua.

De acordo com o regime estabelecido, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais. De entre as unidades funcionais consta a UCSP, à qual compete, a prestação de cuidados personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a qualidade e a globalidade dos mesmos.

De acordo com o Censos 2011, a área geográfica de influência deste ACES tem 225.038 habitantes, distribuídos pelas várias freguesias e 239.052 utentes inscritos no ACES. A comunidade abrangida pela UCSP onde se realizou o estágio, de acordo com o Censos 2011, apresenta 41.163 habitantes residentes (freguesias: Lumiar, Ameixoeira e Charneca), dos quais 27.509 utentes inscritos na UCSP (Ministério da saúde – ARSLVT, 2013) e a população caracteriza-se por discrepâncias bastante acentuadas, tanto ao nível dos aspetos socioeconómicos e culturais, como no que concerne aos aspetos urbanísticos e acesso a serviços, exibindo dois extremos da população: a classe média e média-alta e as classes socioeconómicas desfavorecidas com famílias com forte risco de exclusão social e económico, que requerem e exigem um suporte e apoio muito próximo (Centro de saúde, 2011).

A sede da UCSP onde se realizou o estágio encontra-se localizada num prédio urbano remodelado de sete andares e a equipa multidisciplinar é constituída por onze assistentes técnicos, treze médicos e vinte e dois enfermeiros, dos quais três EESCJ,

uma enfermeira especialista em medicina física e de reabilitação e uma enfermeira especialista em saúde comunitária. A seleção deste local para estágio deveu-se ao facto de se tratar de uma UCSP de grande afluência populacional pediátrica, na qual se encontra em funcionamento uma consulta de enfermagem de saúde infantil bem estruturada, realizada por uma EESCJ.

As consultas de saúde infantil/juvenil e a vacinação encontram-se localizadas no terceiro piso do prédio e todos os espaços físicos deste andar estão remodelados e adequados à criança, apresentando um ambiente agradável, com ilustrações nas paredes e mobiliário e brinquedos adequados às várias faixas etárias e existe também uma sala que funciona como cantinho de amamentação.

A consulta de enfermagem de saúde infantil/juvenil é prévia a todas as consultas médicas, que funcionam por marcação, mas existe sempre uma resposta imediata em qualquer situação de doença. As atividades da consulta de enfermagem são orientadas segundo as linhas condutoras do programa tipo de atuação de saúde infantil e juvenil proposto pela DGS (2013).

A UCSP conta ainda com o apoio de uma Unidade Móvel que constitui um extraordinário recurso no apoio junto das populações desfavorecidas e em risco, bem como na deteção, integração e encaminhamento de novas situações e, em 2007, foi criado na UCSP o NACJR, constituído por uma equipa multidisciplinar interna que se articula com outras instituições relevantes e que tem como objetivo a deteção e orientação de negligências e maus tratos de crianças e jovens na sua comunidade.

Nesta UCSP existem ainda as seguintes valências: saúde materna e planeamento familiar, saúde escolar, saúde do adulto, diabetes e cessação tabágica e cuidados continuados integrados. Funciona também um serviço de atendimento complementar que tem como missão o atendimento de situações de doença aguda, funcionando após o encerramento da UCSP, das 18 às 20 horas e aos sábados das 10 às 18 horas. Esta UCSP, tal como todas as unidades do ACES Lisboa Norte, tem como referência hospitalar o CHLN (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente).

Os registos são efetuados em aplicações informáticas em uso nos setores que envolvem o acesso a cuidados e fornecidas pelo Ministério da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente no SINUS (Sistema de informação para unidades de saúde - dados administrativos), no SAPE (Sistema de apoio à prática de enfermagem - registos de enfermagem) e no SAM (Sistema de apoio ao médico - registos clínicos), aplicações que importam os dados para um repositório de dados SIARS (Sistema de informação da ARS).

## **D. A Consulta externa de pediatria**

O quarto contexto de estágio foi realizado na consulta externa de pediatria do mesmo hospital onde se realizou o estágio na UCIN e a escolha recaiu neste local, por existir uma consulta específica para a preparação para a cirurgia da criança/jovem e sua família, realizada por uma EESCJ, enquadrada num programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem dos PQCEESCJ.

A consulta externa de pediatria encontra-se localizada num pavilhão dentro do hospital, destinado apenas para a área de ambulatório, e funciona durante os dias de semana entre as 8 e as 17 horas (período de tempo que pode ser extensível até às 20 horas). Aqui são realizadas consultas de várias especialidades: Pediatria geral, Desenvolvimento, Endocrinologia, Gastrenterologia, Hematologia, Imunodeficiências, Infeciologia, Pneumologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Genética, Imunoalergologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Urológica, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Estomatologia, Anestesia, e Otorrinolaringologia, Medicina Física e Reabilitação e Pedopsiquiatria.

O espaço físico é composto por vários gabinetes médicos, duas salas de tratamentos (duas salas distintas: uma para crianças do foro médico e outra para crianças do foro cirúrgico), sala de pensos, sala de gessos, sala para realização de radiografias, sala para realização de colheitas, gabinete da enfermeira chefe do serviço e gabinete de enfermagem para realização da CPC, que é realizada no contexto da consulta de anestesia, em pré-operatório.

A equipa que dá apoio à área de ambulatório é constituída por vinte e duas enfermeiras (incluindo a enfermagem chefe do serviço), das quais oito são EESCJ e uma das enfermeiras é especialista em enfermagem de saúde mental e dezassete assistentes operacionais. Para ir de encontro à temática do projeto elaborado para o estágio, o tempo passado na consulta incidiu na participação nas consultas de preparação para a cirurgia, que tem como objetivos: promover a preparação da criança e família para a cirurgia, validar com o utente as expectativas relativamente ao internamento e intervenção cirúrgica, minimizar o impacto de experiências desagradáveis através de brincadeiras simbólicas e estabelecer uma relação de confiança com os profissionais e o meio hospitalar.

Esta consulta surgiu como um projeto em 1994 na consulta externa de pediatria, e desde 2003 passou a ser realizada diariamente a todas as crianças, em articulação com a consulta de anestesia. Nesta consulta são utilizados um conjunto de

procedimentos sistematizados, normalizados em procedimento, que facilitam a preparação do utente pediátrico e sua família para o internamento e para a intervenção cirúrgica. A consulta é individual e a partir dos cinco anos a preparação é dirigida à criança, com a participação dos pais.

De acordo com os dados existentes na consulta externa de pediatria, em 2012 foram realizadas 2.263 consultas de preparação para a cirurgia, das quais 1.536 consultas pela primeira vez e 727 consultas de seguimento, e através de questionários de avaliação da satisfação do utente, obtiveram-se resultados que comprovam que a informação fornecida pela EESCJ vai de encontro às suas necessidades, minimizando o impacto da hospitalização. Em 2013, até à data de início da realização do estágio, já tinham ocorrido 1.978 consultas de preparação para a cirurgia.

Tal como na UCIN, a filosofia de cuidados adotada pela equipa de enfermagem centra-se na filosofia de cuidados pediátrica: CCF, parceria de cuidados e cuidados não traumáticos e o método de trabalho adotado é o de enfermeiro responsável, sustentado pelo referencial teórico de Nancy Roper.

## **E. O Internamento de pediatria**

O contexto formativo em internamento de pediatria teve lugar no serviço de internamento em pediatria do mesmo hospital onde se realizou o estágio no SUP e quando entramos neste serviço, podemos ler num pequeno quadro logo à entrada que “o Serviço de Pediatria tem como missão, prestar cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médicos e cirúrgicos à criança/família, no respeito pela dignidade da criança doente e utilizar de forma eficiente, os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde.”

A escolha para a realização do estágio recaiu neste serviço de internamento por ser um serviço que acolhe crianças e jovens com patologias do foro médico e cirúrgico, o que permitiria um amplo leque de aprendizagens e experiências, focando-nos na temática do projeto elaborado para estágio.

Este serviço está localizado no segundo piso do hospital, na torre Amadora, e é composto por duas alas (Pediatria A e Pediatra B), a primeira composta por uma lotação de vinte e quatro camas/berços e a segunda composta por uma lotação dezoito camas e UCInt. As suas instalações promovem medidas de segurança das crianças/jovens internadas, com controlo de entradas e saídas do serviço e através da identificação dos

mesmos por meio de pulseira eletrónica (Hugs<sup>®</sup>), reduzindo o risco de situações de rapto e troca.

O serviço está organizado para poder disponibilizar vários tipos de quartos, desde enfermarias de duas ou três camas/berços, estando definido que duas dessas enfermarias (num total de cinco vagas) são apenas para crianças em pré e pós-operatório, uma UCInt. com vagas para seis crianças (extensível no período de outono/inverno a mais uma enfermaria de três camas) e vários quartos individuais (no total dez), dedicados a crianças com necessidade de isolamento ou adolescentes. Importa salientar ainda a existência de vários espaços de apoio, nomeadamente três espaços de grande relevância para o bem-estar das crianças/jovens e suas famílias: o cantinho da amamentação, proporcionador de conforto e privacidade a mães que amamentam os seus bebés; uma sala de atividades para as crianças, com a presença de educadoras de infância durante os dias úteis de semana e que organizam jogos, leituras e brincadeiras, e uma sala para os adolescentes, exclusiva para jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos e completamente interdita a adultos, proporcionando aos jovens a privacidade que eles tanto prezam e atividades compatíveis com as preferências destas faixas etárias (jogos de vídeo, acesso à internet, filmes e música). Ao longo da semana estão programadas várias atividades recreativas para o entretenimento das crianças/jovens, nomeadamente a presença dos “Doutores Palhaços”, às quintas-feiras.

Faz ainda parte deste serviço, o Hospital de dia, que recebe crianças/jovens e famílias em regime de ambulatório, que se deslocam para realizar tratamentos, terapêuticas e outras intervenções, que requerem a sua presença nesta unidade por algumas horas, durante os dias úteis da semana, estando este localizado num espaço próprio antes de se entrar no serviço de internamento.

O internamento de pediatria recebe crianças desde os 0 aos 17 anos, quer seja por situações médicas, cirúrgicas ou mesmo sociais. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e assistentes operacionais. Relativamente à dotação de recursos humanos de enfermagem, o serviço conta com dez enfermeiros, no turno da manhã durante a semana (incluindo a enfermeira chefe do serviço, duas enfermeiras responsáveis, uma para cada ala e um enfermeiro para o hospital de dia), seis enfermeiros no turno da tarde durante a semana e nas manhãs de fim-de-semana e feriados e cinco enfermeiros no turno da noite. A distribuição da equipa de enfermagem é feita pelo enfermeiro responsável de equipa no início de cada turno, sendo que um dos elementos fica exclusivamente alocado na

UCInt. e o método de trabalho é o de enfermeiro responsável, ficando cada enfermeiro responsável pela prestação global de cuidados ao grupo de crianças/jovens que lhe é atribuído.

As crianças são assistidas por um número variável de pediatras e cirurgiões pediátricos. A assistência por especialistas de Otorrinolaringologia e Ortopedia é feita por médicos especialistas de adultos, que se deslocam ao serviço de pediatria, para observar as crianças/jovens. O serviço dispõe ainda de dois psicólogos, uma assistente social e três educadoras de infância.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, T., Casanova, C., Carvalho, F., Fernandes, A. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica - estudo inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, 17 (1), 16-20.
- Centro de Saúde do Lumiar. (2011). Documento institucional: Programa de carteira de serviços UCC do Lumiar - ACES Lisboa Norte.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma N.º10. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Centro hospitalar de lisboa central, EPE. (s.d.). Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=393>.
- Centro hospitalar de Lisboa central, EPE. (s.d.). *Documentos institucionais existentes na UCIN e Consulta externa*.
- Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. (s.d.). Disponível em <http://www.hff.min-saude.pt/index.php>.
- Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. (s.d.). *Documentos institucionais existentes no SUP e Internamento de Pediatria*.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da saúde – ARSLVT (07 de 2013). *ACES Lisboa Norte - Planeamento do ACES de Lisboa Norte*. Disponível em <http://www1.arslvt.min-saude.pt/nucleoestudosplaneamento/Documents/Lisboa%20Norte%2007%202013%20vNET.pdf>.
- Portaria nº 394-B/2012 de 29 de Novembro (2012). Portaria nº 394-B/2012, de 29 de Novembro - Reorganização dos ACES integrados na ARSLVT, I.P. *Diário da República*, 1.ª série, Nº 231 (29-11-2012), 6832-(5) a 6832-(11).
- Rocha, B. G. (2012). *Adopção de Standars no Registo Clínico de Enfermagem - Estudo de Caso em Hospital Português* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Disponível em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2943/3/DM\\_10734.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2943/3/DM_10734.pdf).
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.





## **Apêndice III**

Guia orientador das atividades de estágio



## NOTA INTRODUTÓRIA

Neste apêndice será apresentado o guia orientador das atividades de estágio elaborado após a realização do projeto para estágio no 2º semestre do CMEESIP. Este guia foi apresentado no início de cada contexto de estágio às enfermeiras chefes dos serviços e às enfermeiras de referência, tendo sido feita uma sumária apresentação da problemática inerente ao projeto elaborado e uma apresentação dos objetivos e proposta de atividades a desenvolver em cada contexto.

Em cada local, após essa apresentação, discussão e avaliação das necessidades e sugestões da equipa, foram definidas as atividades a desenvolver e contruído este guia com a finalidade de clarificar os objetivos específicos para cada percurso formativo em estágio e qual o planeamento das intervenções a desenvolver em cada um deles (após ter sido efetuado um diagnóstico inicial de situação em cada local – Apêndice II) por forma a atingir as competências enquanto EESCJ.

Através deste guia, conseguiu-se rentabilizar o trabalho já elaborado anteriormente para as etapas que se seguiam, num processo cumulativo de conhecimentos (teóricos e práticos).

---



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

---

**Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família**

**Guia orientador das atividades de estágio**

---

Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis, nº 4806

Orientação:  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Lisboa



## LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

**ACES** – Agrupamentos de centros de saúde

**CCF** – Cuidados centrados na família

**CPC** – Consulta de preparação para a cirurgia

**CMEESIP** – Curso de mestrado e especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria

**DGS** – Direção Geral de saúde

**EESCJ** – Enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem

**NACJR** – Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

**NSRAS** – Neonatal skin risk assessment scale

**OE** – Ordem dos enfermeiros

**RN** – Recém-nascido

**SAPE** – Sistema de apoio à prática de enfermagem

**SUP** – Serviço de urgência pediátrica

**UCIN** – Unidade de cuidados intensivos neonatais

**UCSP** – Unidade de cuidados de saúde personalizado

---



## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	iii
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA EM ESTUDO .....	iv
2. OBJETIVOS GERAIS .....	vii
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER .....	viii
3.1. O atendimento da criança/jovem e família num SUP .....	viii
3.2. O atendimento do recém-nascido e sua família numa UCIN .....	x
3.3. Os cuidados de saúde primários e o atendimento da criança/jovem e família .....	xi
3.4. O atendimento da criança/jovem e sua família na consulta de preparação para a cirurgia .....	xii
3.5. A prestação de cuidados à criança/jovem submetida a cirurgia em contexto de internamento .....	xiv
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	xvi



## NOTA INTRODUTÓRIA

Este guia orientador das atividades de estágio surge no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do 4º CMEESIP e tem por objetivo delinear o caminho a percorrer durante os estágios a realizar no terceiro semestre por forma a atingir as competências enquanto EESCJ.

A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas por processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida, que exijam adaptação pelos indivíduos, famílias e comunidades (Silva, 2007). Em pediatria, embora ao longo do tempo tenha ocorrido uma evolução significativa, continua a estar associada à hospitalização de crianças uma conotação perturbadora, considerando-se como uma experiência emocional assustadora, fonte de *stress* e ansiedade intensa para a maioria das crianças e suas famílias.

A transição, como conceito central em enfermagem, pode ser desencadeada por eventos ou pontos críticos, e requer que o indivíduo seja capaz de incorporar as mudanças na sua vida, alterando o seu comportamento e redefinindo a sua identidade (Meleis, 2010). Conhecendo os padrões facilitadores e inibidores do processo de transição em cada criança e sua família, o enfermeiro pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição, com o objetivo de reestabelecer a instabilidade gerada. A hospitalização da criança, considerando-se um evento emocional crítico para a criança e sua família, desencadeia na família uma transição situacional e uma transição saúde/doença na criança, à luz da teoria de Meleis, tornando-os vulneráveis.

Assim, pretende-se sistematizar ao longo deste documento o enquadramento, os objetivos delineados e o percurso para a aquisição de competências enquanto EESCJ, indo ao encontro da problemática das vivências emocionais da criança submetida a cirurgia e sua família e do papel do enfermeiro como agente facilitador no processo de transição dessas crianças e suas famílias.

## 1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA EM ESTUDO

A hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica são experiências estranhas e assustadoras para a maioria das pessoas, especialmente para a criança, sendo “a experiência da criança submetida a cirurgia (...) uma vivência individual, não descurando o binómio criança/família” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7). Uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento crítico que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Jorge, 2004), sendo as crianças mais vulneráveis do que os adultos ao *stress* da cirurgia. A experiência de uma hospitalização representa um evento crítico e delicado na vida de uma criança, existindo condições que lhe estão inerentes e que não sendo suscetíveis a mudanças podem contribuir para o agravamento desta experiência traumática.

“A ansiedade, o medo, o choro, e outras reações são conhecidas da nossa prática como manifestações à separação familiar e ao ambiente hospitalar” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7), não só pela antecipação do desconhecido e incerteza do que é esperado, mas também pela falta de controlo sobre os eventos, a falta de familiaridade com o meio ambiente, a separação das crianças e sua família da segurança e rotinas do seu lar (Glasper & Haggarty, 2006; Gordon et al., 2010; Healy, 2013), bem como pelos receios inerentes à anestesia e à cirurgia.

Assim, a família de uma criança hospitalizada, com necessidade de cirurgia, independentemente da idade da mesma, estará com a sua segurança emocional afetada (Barros, 2003; Moro & Módolo, 2004; Broering & Crepaldi, 2011). A filosofia dos CCF em pediatria reconhece a família como pólo central na vida de uma criança e a participação dos pais nos cuidados hospitalares é, para Casey (1993), a peça chave dos cuidados centrados na família.

Para Hockenberry & Wilson (2011) uma das intervenções de enfermagem fundamental é o fornecimento de informações relativamente à doença, ao seu tratamento e prognóstico, à reação emocional e física da criança à doença e à hospitalização, e às prováveis reações emocionais da família perante este evento.

A intervenção do enfermeiro pode assim contribuir para que a experiência de hospitalização seja menos angustiante, capacitando e minimizando os fatores de *stress* e facilitando os recursos individuais para lidar com eles. A sobrecarga emocional da criança, devido ao internamento, pode ter significativas consequências físicas, psicológicas e comportamentais que podem ser negativas na capacidade de lidar com a

cirurgia, inibir a sua recuperação pós-operatória e podem ser duradouras na sua vida (Moro & Módolo, 2004; Li, Lopez & Lee, 2007).

De acordo com Diogo (2012), as “emoções dizem respeito àquilo que a pessoa sente, que pode ser de tonalidade positiva ou negativa, podem ser perturbadoras ou gratificantes, são despoletadas por um evento (...) associado a uma experiência emocional” e por isso os enfermeiros devem então estar atentos às emoções que os pais podem vir a desenvolver tendo em conta as mudanças sentidas no seu papel, pois necessitam de suporte para vivenciar os sentimentos desencadeados por uma hospitalização e pelas alterações do seu papel parental.

Existe uma aceitação pelos enfermeiros de pediatria de que os sentimentos dos pais são transmitidos às crianças, que reconhecem o seu medo/ansiedade e baseiam a sua própria capacidade de lidar com a situação com a de seus pais. A relação direta entre a ansiedade da criança e pais tem sido bem documentada, estando demonstrado que a ansiedade dos pais induz ansiedade na criança durante o período pré-operatório (Li & Lam, 2003; Moro & Módolo, 2004; Fortier et al. (2010a), citado por Fincher, Sahw & Ramelet, 2012), sendo assim importante minimizar a ansiedade dos pais de crianças submetidas a cirurgia, uma vez que a diminuição da ansiedade da criança no período pré-operatório se revelou uma intervenção importante no controlo da experiência e sensação de dor no pós-operatório (Fincher, Shaw & Ramelet 2012).

Dada a amplitude das necessidades emocionais que a criança experimenta quando é admitida ao hospital, muitas vezes maiores que as necessidades físicas, tem havido por parte das instituições hospitalares, um investimento no desenvolvimento de estratégias para ajudar as crianças e famílias a lidar com esta situação, estratégias essas que têm incidido na preparação da criança e família para atos cirúrgicos. A preparação pré-operatória vai funcionar como uma estratégia de informação/preparação que permita dotar a criança e sua família de competências sensoriais e processuais relativamente à cirurgia e internamento e tendo por objetivos: melhoria da parentalidade dos pais; promoção de uma recuperação mais rápida e do sucesso de uma experiência potencialmente traumática.

Os estudos têm mostrado que familiarizar a criança e sua família com o ambiente hospitalar e o material que será usado e explicar os procedimentos que serão efetuados pode ter resultados positivos na redução da ansiedade da criança e sua família (Li & Lam, 2003), ou seja, a preparação pré-operatória torna-se eficaz no suporte psico-emocional para as crianças (Pimentel, 2001; Teixeira & Figueiredo, 2009; Vaezzadeh, Douki, Hadipour, Osia, Shahmohammadi & Sadegui, R., 2011). A preparação para a

cirurgia fornece então à criança e sua família competências para lidar/enfrentar as reações emocionais inerentes ao evento de crise vivenciado, uma vez que para a criança e família o medo do desconhecido é sempre superior ao medo do que conhece.

Durante a realização dos contextos de estágio, para um aprofundamento da temática e estudar, é utilizado como referencial a teoria das transições de Meleis, cujos conceitos deste metaparadigma da enfermagem de Meleis se inscrevem no paradigma da transformação. Para qualquer pessoa, em qualquer fase do ciclo vital, uma intervenção cirúrgica representa um evento crítico na sua vida (transição). A criança e sua família têm competências para utilizar, as forças e estratégias de confronto (Hockenberry & Wilson, 2011), e para evoluírem para um novo estado, necessitam do envolvimento e suporte de todos os envolvidos, para que possam superar esse período de transição.

No sentido de apoiar e estimular o desenvolvimento de competências parentais em situação de transição, será preponderante o papel do enfermeiro e a sua aposta na assistência, no ensino e na informação que fornece aos pais. Através do aumento do conhecimento dos pais, e do cuidado em parceria, será possível o desenvolvimento das suas competências e gestão das suas emoções, contribuindo para o desenvolvimento da criança e bem-estar da criança/família.

## 2. OBJETIVOS GERAIS

Para a realização dos estágios foram definidos objetivos gerais e transversais a todos os locais, e ainda objetivos específicos, tendo a eles associados as respetivas competências do EESCJ.

Assim, delinear-se os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências específicas em enfermagem especializada na saúde da criança e do jovem
  - 1.1. Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
  - 1.2. Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde através de uma prestação de cuidados especializados, com elevado grau de qualidade a nível científico, humano e técnico;
  - 1.3. Prestar cuidados à criança e sua família em especial situação de complexidade;
  - 1.4. Gerir a dor através da aplicação de conhecimentos em medidas não farmacológicas;
  - 1.5. Desenvolver a análise crítica e construtiva ao processo de aprendizagem na elaboração do relatório de estágio como forma de expressar as aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios.
2. Desenvolver competências centradas na filosofia dos cuidados não traumáticos em pediatria
  - 2.1. Identificar as necessidades da criança e sua família submetidas a internamento para cirurgia;
  - 2.2. Promover a vinculação através de uma transição saudável para a parentalidade;
  - 2.3. Preparar a admissão da criança e sua família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades, promovendo uma relação positiva entre criança/família e profissionais de saúde.
3. Desenvolver competências na mobilização dos modelos de intervenção em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente no domínio da transição
  - 3.1. Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais;
  - 3.2. Identificar estratégias de suporte emocional à criança e sua família;
  - 3.3. Analisar as estratégias e as intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável perante o evento da hospitalização para cirurgia.

### 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

#### 3.1. O atendimento da criança/jovem e família num SUP

O primeiro local para a realização de estágio é o SUP num hospital da área da grande Lisboa, no período compreendido entre 07 e 25 de outubro de 2013, tendo como enfermeira de referência neste serviço uma EESCJ.

Para este local foram delineadas atividades que vão de encontro ao previamente estabelecido no projeto, após reunião com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira de referência e de acordo com o diagnóstico de situação efetuado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional, organizacional e qual a filosofia de cuidados adotada	Reunião com a enfermeira chefe sobre funcionamento e dinâmica do serviço. Reunião com a enfermeira de referência sobre estratégias de promoção de uma transição saudável em contexto de urgência. Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar. Conhecimento dos registos informáticos Observação do atendimento à criança/jovem e família.	Guia orientador das atividades em estágio  <i>Dossier</i> de normas e protocolos  Aplicativo informático (Soarian®)
Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde através de uma prestação de cuidados especializados, com elevado grau de qualidade a nível científico, humano e técnico	Pesquisa bibliográfica sobre a triagem de Manchester. Observação e reflexão do atendimento da criança/jovem e família em triagem. Participação na triagem da criança/jovem e sua família que recorre ao serviço de urgência. Registo em <b>diário de campo</b> (Apêndice V).	Protocolo de triagem de Manchester  Grelha de observação
Prestar cuidados à criança/jovem e sua família em especial situação de complexidade	Participação nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família com necessidade de cirurgia urgente. Preparação da criança/jovem e sua família para a cirurgia. Reflexão em <b>jornal de aprendizagem</b> sobre a prestação de cuidados (Apêndice VI).	Livros  Modelo reflexivo de Gibbs

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Gerir a dor através da aplicação de conhecimentos em medidas não farmacológicas	<p>Revisão bibliográfica acerca do conceito da dor: definição, fisiopatologia, avaliação e tratamento (medidas farmacológicas e não farmacológicas...).</p> <p>Avaliar a dor da criança/jovem através das escalas de avaliação da intensidade da dor adaptadas à criança/jovem.</p> <p>Aplicação de medidas não farmacológicas de controlo da dor.</p> <p>Registo sobre a atividade em <b>diário de campo</b> (Apêndice V).</p>	<p>Computador</p> <p>Escalas de avaliação da dor existentes no SUP</p>
Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais	<p>Perceção dos sentimentos vivenciados pela criança/jovem e sua família perante a situação, através da observação e diálogo com os mesmos.</p> <p>Participação nos cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável em situação de necessidade de cirurgia urgente.</p> <p>Implementação de intervenções promotoras de um processo de transição saudável.</p> <p>Reflexão sobre a prestação de cuidados através de um <b>jornal de aprendizagem</b> (Apêndice VI).</p>	<p>Grelha de observação (Apêndice IV)</p> <p>Modelo reflexivo de Gibbs</p>
Frequentar uma ação de formação para atualização dos conhecimentos científicos	<p>Participação no IV Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde da Criança e do Jovem da OE, como assistente e como coautora de uma comunicação (Apêndice VIII e Anexos I, II e III)</p> <p>Registo da atividade e <b>reflexão sobre os contributos da ação de formação</b> para a aquisição de competências (Apêndice VII).</p>	
Realizar formação para a equipa de enfermagem	<p>Levantamento de necessidades formativas no seio da equipa sobre o trabalho emocional no cuidado em enfermagem pediátrica.</p> <p>Construção de um <b>dossier sobre a temática em estudo</b> para pesquisa no serviço (Apêndice X)</p>	<p>Inquérito informal</p> <p><i>Dossier</i> de artigos temático</p>

### 3.2. O atendimento do recém-nascido e sua família numa UCIN

O segundo local para a realização de estágio é uma UCIN de um hospital da área da grande Lisboa, no período compreendido entre 28 de outubro e 24 de novembro de 2013, tendo como enfermeira de referência neste serviço uma EESCJ.

Para este local foram delineadas, após reunião com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira de referência, atividades que vão de encontro ao previamente estabelecido no projeto e de acordo com o diagnóstico de situação efetuado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional, organizacional e qual a filosofia de cuidados adotada	Reunião com a enfermeira chefe de serviço sobre funcionamento e dinâmica do serviço. Reunião com a enfermeira de referência sobre estratégias de promoção de uma transição saudável para a parentalidade. Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar. Análise de manuais, normas e protocolos de atuação existentes no serviço. Conhecimento padrão documental de registos de enfermagem.	Guia orientador das atividades em estágio  Normas e protocolos da UCIN  Aplicativo informático e registos em suporte de papel
Prestar cuidados ao RN e sua família em especial situação de complexidade	Observação participante nas intervenções de enfermagem desenvolvidas pela EESCJ de referência. Elaboração de um registo reflexivo ( <b>jornal de aprendizagem</b> ) sobre uma situação de cuidados de especial complexidade (Apêndice VI)	RN/família  Equipa multidisciplinar
Promover a vinculação e transição para a parentalidade	Participação no acolhimento da criança/família à UCIN e no apoio parental promovendo a vinculação. Participação nos cuidados de enfermagem promotores de uma transição para a parentalidade. Registo em <b>diário de campo</b> (Apêndice V)	Computador
Frequentar uma ação de formação para atualização dos conhecimentos científicos	Participação no I Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área da grande Lisboa intitulado “Cuidar para o desenvolvimento” como assistente (Anexos IV e V). Registo da atividade e <b>reflexão sobre os contributos da ação de formação</b> para a aquisição de competências (Apêndice VII).	



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais	<p><b>Pesquisa bibliográfica</b> sobre as necessidades manifestadas pelos pais de RN com necessidades de cuidados em UCIN.</p> <p>Observação das intervenções da equipa de enfermagem nos cuidados à criança/família em fim de vida.</p> <p>Perceção dos sentimentos vivenciados pela família perante o internamento na UCIN através da observação, diálogo com os mesmos e entrevista de ajuda (<b>registo reflexivo</b> em Apêndice XI).</p> <p>Registo em <b>diário de campo</b> (Apêndice V)</p>	<p>Criança/ Família</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Modelo reflexivo de Gibbs</p> <p>Guião orientador de questões para entrevista de ajuda (Apêndice XI)</p>

### 3.3. Os cuidados de saúde primários e o atendimento da criança/jovem e família

O terceiro local para a realização de estágio é uma UCSP na área da grande Lisboa, inserida no ACES Lisboa Norte, no período compreendido entre 25 de novembro e 06 de dezembro de 2013, tendo como enfermeira de referência neste serviço uma EESCJ.

Para este local foram delineadas, após reunião com a enfermeira chefe da UCSP e com a enfermeira de referência, atividades que vão de encontro ao previamente estabelecido no projeto e de acordo com o diagnóstico de situação efetuado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional, organizacional e qual a filosofia de cuidados adotada	<p>Reunião com a enfermeira chefe da UCSP sobre funcionamento e dinâmica do serviço e com a enfermeira de referência sobre estratégias de promoção de uma transição saudável para a parentalidade.</p> <p>Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar.</p> <p>Conhecimento do padrão documental utilizado na consulta.</p>	<p>Guia orientador das atividades de estágio</p> <p><i>Dossier</i> de normas e protocolos</p> <p>Sistema informático (SAPE®)</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Identificar o processo de articulação entre os Hospitais e os Centros de Saúde	<b>Pesquisa bibliográfica</b> sobre as normas e orientações emanadas pela DGS. Leitura de normas e protocolos existentes na UCSP. Observação das práticas.	Computador  Normas e protocolos da UCSP
Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem integrado na comunidade	<b>Observação participada</b> nas consultas de saúde infantil. Realização de consulta de saúde infantil e avaliação do desenvolvimento infantil. <b>Registo reflexivo</b> da atividade (Apêndice XII) Participação numa visita domiciliária à criança/jovem em risco e na consulta de enfermagem ao adolescente e registo em <b>diário de campo</b> (Apêndice V).	Sistema informático (SAPE®)  Escala de avaliação do desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada
Identificar estratégias de comunicação com a criança/jovem	Revisão bibliográfica sobre técnicas da comunicação. <b>Interação com a criança</b> durante a consulta de desenvolvimento e <b>utilização do brincar terapêutico</b> . Interação com o jovem durante a consulta de enfermagem ao adolescente. Registo em <b>diário de campo</b> (Apêndice V) e <b>em análise reflexiva de atividade desenvolvida</b> (Apêndice XII)	Computador  Técnicas de comunicação  Brincar terapêutico

### 3.4. O atendimento da criança/jovem e sua família na consulta de preparação para a cirurgia

O quarto local para a realização de estágio é a consulta externa de pediatria num hospital na área da grande Lisboa, mais precisamente na CPC, no período compreendido entre 09 e 20 de dezembro de 2013 e entre 06 e 17 de janeiro de 2014, tendo como enfermeira de referência neste serviço uma EESCJ.

Para este local foram delineadas, após reunião com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira de referência, atividades que vão de encontro ao previamente estabelecido no projeto e de acordo com o diagnóstico de situação efetuado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional, organizacional e qual a filosofia de cuidados adotada	<p>Reunião com a enfermeira chefe sobre o funcionamento e dinâmica da consulta externa de pediatria.</p> <p>Reunião com a enfermeira de referência sobre o suporte emocional à criança/jovem que irá ser submetida a cirurgia e sua família.</p> <p>Conhecimento do padrão documental utilizado na CPC</p>	<p>Guia orientador das atividades de estágio</p> <p>Normas e protocolos existentes na consulta</p>
Identificar as necessidades da criança/jovem e família com necessidade de cirurgia	<p><b>Pesquisa bibliográfica</b> sobre a temática.</p> <p>Observação participada nas consultas de preparação pré-operatória.</p>	Consulta de preparação para a cirurgia
Gerir a dor através da aplicação de conhecimentos em medidas não farmacológicas	<p>Revisão bibliográfica acerca do conceito da dor: definição, fisiopatologia, avaliação e tratamento (medidas farmacológicas e não farmacológicas...).</p> <p><b>Instruir e treinar sobre escalas de avaliação da intensidade da dor</b> com a criança/jovem e família.</p> <p>Aplicação de <b>medidas não farmacológicas de controlo da dor</b>.</p> <p>Registo reflexivo em <b>jornal de aprendizagem</b> (Apêndice VI)</p>	<p>Computador</p> <p>Escalas de avaliação da dor existentes no serviço (Escala de faces e Escala numérica)</p>
Utilizar estratégias e intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável perante o evento da hospitalização para cirurgia	<p><b>Participação</b> nas consultas de preparação para a cirurgia, adequando a comunicação ao estágio de desenvolvimento psicomotor da criança/jovem, através da <b>realização</b> de pelo menos uma <b>consulta de preparação para a cirurgia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção do acolhimento da criança/jovem e sua família;</li> <li>• Realização de entrevista inicial para conhecimento de experiências prévias;</li> <li>• Informação sobre os procedimentos peri-operatórios;</li> <li>• Promoção da expressão de sentimentos, dúvidas e receios relativamente ao procedimento a que a criança/jovem será submetido e ao internamento.</li> </ul> <p>Utilização do <b>brincar com modelo terapêutico facilitador</b> na transição situacional (casa para hospital).</p>	<p>Norma sobre a realização da consulta de preparação para a cirurgia</p> <p>Folhetos informativos para a criança/jovem e família</p> <p>Brinquedos e livros</p> <p>Material lúdico hospitalar</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição inerentes ao cliente e às suas vivências emocionais	<p>Perceção e registo dos sentimentos vivenciados pela criança/jovens e sua família perante a situação, através da observação e diálogo com os mesmos.</p> <p>Implementação de intervenções promotoras de um processo de transição saudável.</p> <p>Reflexão sobre a prestação de cuidados, através da elaboração de um <b>jornal de aprendizagem</b> (Apêndice VI).</p>	<p>Grelha de observação (Apêndice IV)</p> <p>Modelo reflexivo de Gibbs</p>

### 3.5. A prestação de cuidados à criança/jovem submetida a cirurgia em contexto de internamento

O quinto local para a realização de estágio é um serviço de internamento pediátrico num hospital na área de Lisboa, no período compreendido entre 20 de janeiro e 14 de fevereiro de 2014 e tal como para os restantes contextos formativos, foram delineadas atividades que vão de encontro ao previamente estabelecido no projeto, após reunião com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira de referência e de acordo com o diagnóstico de situação efetuado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Conhecer a dinâmica do contexto clínico na sua vertente estrutural, funcional, organizacional e qual a filosofia de cuidados adotada	<p>Reunião com a Enfermeira chefe sobre funcionamento e dinâmica do serviço.</p> <p>Reunião com a Enfermeira de referência sobre o suporte emocional à criança/jovem que irá ser submetida a cirurgia e sua família.</p> <p>Observação das intervenções da equipa de enfermagem nos cuidados à criança/jovem e sua família.</p> <p>Conhecimento do padrão documental utilizado no serviço.</p>	<p>Guia orientador de atividades</p> <p>Normas e protocolos existentes no serviço</p> <p>Aplicativo informático (Soarian®)</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
Prestar cuidados à criança/jovem e sua família em especial situação de complexidade (com necessidade de cirurgia), utilizando estratégias promotoras de uma transição saudável perante um evento de internamento hospitalar	<p>Observação participada na prestação de cuidados de preparação para a cirurgia da criança/jovem e família.</p> <p>Participação nos cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável.</p> <p>Participação na preparação pré-operatória, adequando a comunicação ao estágio de desenvolvimento psicomotor da criança/jovem;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção do acolhimento da criança/jovem e família ao serviço;</li> <li>Realização de entrevista inicial colheita de história da criança/jovem;</li> <li>Informação sobre os procedimentos peri-operatórios;</li> <li>Promoção da expressão de sentimentos, dúvidas e receios relativamente ao procedimento a que a criança/jovem será submetido e ao internamento.</li> </ul> <p>Participação no apoio parental promovendo a vinculação.</p> <p>Utilização do brincar com modelo terapêutico facilitador na transição situacional (casa para hospital).</p> <p>Reflexão sobre a prestação de cuidados.</p>	<p>Criança/jovem e família</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Brinquedos e livros</p> <p>Material lúdico hospitalar</p>
Identificar as necessidades emocionais da criança/jovem e sua família com necessidade de cirurgia programada	<p>Perceção dos sentimentos vivenciados pela criança/jovem e sua família perante a necessidade de cirurgia e internamento, através da observação e diálogo com os mesmos.</p> <p>Reflexão sobre os sentimentos/emoções manifestados pela criança/jovem e sua família.</p>	<p>Criança/jovem e sua família</p> <p>Grelha de observação</p>
Realizar formação para a equipa de enfermagem	<p>Diagnóstico de necessidades formativas no seio da equipa sobre as necessidades emocionais da criança/jovem com necessidade de cirurgia e sua família (Apêndice XIV).</p> <p>Realização de <b>ação de formação</b> (Apêndice XV).</p> <p>Fornecimento de <b>dossier sobre a temática em estudo</b> para pesquisa no serviço (Apêndice X)</p>	<p>Inquérito informal</p> <p>Questionário (Apêndice XIV)</p> <p>Dossier de artigos temático</p>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Percepções das mães sobre a preparação pré-cirúrgica de seus filhos segundo dois modelos. *Psicologia Argumento*, 29 (66), 327-341.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. A. Glasper, & A. Tucker, *Advances in hild Health Nursing*. London: Security Press.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A.-S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 946-955.
- Glasper, E. A., & Haggarty, R. (2006). The psychological preparation of children for hospitalisation. Em E. A. Glasper, & J. Richardson, *A textbook of children's and young people's nursing* (pp. 61-76). London: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Gordon, B. K., Jaaniste, T., Bartlett, K., Perrin, M., Jackson, A., Sandstrom, A., & Charleston, R. (2010). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child: care, health and development*, 37 (5), 727-733.
- Healy, K. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28 (2), 179-185.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (Tradução da 8ª ed. ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança - Re(Pensar) o cuidar em cnfermagem*. Loures: Lusociência.
- Li, H. C., & Lam, H. Y. (2003). Paediatric say surgery: Impact on Hong Kong chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 882-887.
- Li, H. C., Lopez, V., & Lee, T. L. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30 (3), 320-332.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
-

- Moro, E. T., & Módolo, N. S. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54 (5), 728-728.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Revista Servir*, 49 (4), 172-177.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.
- Teixeira, E. M., & Figueiredo, M. C. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programad. *Rev. Referência, II Série* (9), 7-14.
- Vaezzadeh, N., Douki, Z. E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., & Sadegui, R. (2011). The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety. *Iran Journal of Pediatrics*, 21 (4), 461-466.
-





## **Apêndice IV**

Grelha de observação



## NOTA INTRODUTÓRIA

No quotidiano do dia-a-dia, a observação é o meio básico para se conseguir informações, sendo uma das formas mais usadas pelo homem para conhecer e compreender pessoas, coisas, acontecimentos e situações,

No campo da investigação, a observação é uma técnica de recolha de dados que pode ser definida como a utilização sistemática dos sentidos na procura de dados necessários para solucionar um problema de investigação e implica uma visualização atenta do observador e permite captar as perspetivas dos observados tal como eles as vivem (Vilelas, 2009; Diogo, 2015).

Neste apêndice é apresentada a grelha de observação desenvolvida para registar as emoções vividas pela criança com necessidade de cirurgia, bem como as emoções da sua família e a intervenção do enfermeiro na gestão das mesmas e a sua disponibilidade emocional para o cuidar (Diogo, 2015).

Esta grelha serviu de apoio à observação efetuada nos contextos de estágio I, IV e V e foi elaborada e adaptada à temática em estudo, tendo em consideração a evidência científica sobre a mesma, valorizando a dimensão emocional e tendo por base os *inputs* para diminuir o medo da cirurgia do Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da OE (2011).

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO**

Data da observação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Campo de estágio:

**DADOS IDENTIFICATIVOS DA CRIANÇA**

<b>Género:</b>		<b>Idade</b>	
<b>Tipo de cirurgia</b>		<b>Grau de parentesco do acompanhante</b>	
<b>Experiências prévias de cirurgia/internamento</b>			

**EMOÇÕES VIVIDAS  
PELA CRIANÇA****EMOÇÕES VIVIDAS  
PELA FAMÍLIA****INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
COMO GESTOR EMOCIONAL DA  
CRIANÇA/FAMÍLIA**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Ordem dos enfermeiros.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - o Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
-

## **Apêndice V**

Diários de campo do percurso formativo





**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

---

## **Diários de campo do percurso formativo**

---

Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis, nº 4806

Orientação:  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Lisboa



## NOTA INTRODUTÓRIA

No exercício clínico dos vários contextos de estágio pretende-se que o estudante faça “uma leitura compreensiva da realidade”, na perspectiva de Alarcão e Rua (2005, p.380). A experiência formativa nos vários contextos permitiu-me experienciar e construir a interação com a criança/família, a vivenciarem processos de transição saúde-doença, desenvolvimento ou situacionais e identificar em parceria as necessidades de cada criança/família em cada contexto.

Para uma adequada reflexão crítica das situações vivenciadas foi utilizado como instrumento o registo em diários de campo. Segundo Falkembach (1987), o diário de campo é um instrumento de anotações, comentários e reflexão, para uso individual do estudante no seu dia-a-dia. Neste documento o estudante deve anotar as observações de factos concretos, situações, vivências, bem como as suas reflexões e comentários. É recomendado o registo das observações no diário de campo imediatamente depois dos factos serem observados, para que não sejam introduzidos elementos pela memória que possam deturpar os dados recolhidos.

De acordo com Soares et al., este instrumento “tem a finalidade de estimular o desenvolvimento da habilidade de redação e incitar a construção do pensamento crítico, a partir da descrição de cenas vivenciadas” (2011, p.667), o que contribui para o crescimento pessoal e profissional de quem os elabora.

Assim, neste apêndice V será apresentada sob a forma de diários de campo uma “compilação de informação a mais completa possível, sobre uma situação particular” (Gauthier, 2003, p. 259), organizada por ordem temporal de realização da recolha de dados e dos estágios, tendo sido atribuído um título a cada diário de campo para ser mais fácil a sua leitura.

---

**Contexto formativo: Serviço de Urgência Pediátrica****Diário de campo n.º 1 – *A triagem da criança/jovem e família que recorre ao SUP***

A doença e a necessidade de recorrer a uma instituição de saúde vão constituir uma situação de crise para a criança e sua família, pois integra uma complexidade de eventos somáticos, psicológicos, relacionais e sociais. A experiência familiar de ida ao hospital pode tornar-se prejudicial, ou numa fonte de crescimento e maturação, consoante os fatores envolvidos (Freitas & Freitas, 2005).

Uma das situações em que este facto se concretiza, é a necessidade de ida a um SUP com uma criança com alterações no decurso do seu processo de crescimento e desenvolvimento. O contexto de urgência, repleto de situações de doença aguda a grave, traz muitos desafios tanto para enfermeiros como famílias, pois por vezes, do contacto entre estes, podem brotar conflitos que se tornam obstáculos ao estabelecimento da relação de parceria nos cuidados. O enfermeiro como peça-chave na equipa multidisciplinar de um SUP está habilitado para reconhecer que é difícil gerir as emoções dos clientes nesta fase, que vivenciam picos emocionais intensos (Diogo, 2015) e deverá ter como objetivo “ajudar as pessoas a passarem por transições saudáveis e a obterem resultados saudáveis” (Meleis & Trangenstein, 2010, p. 5), acompanhando e apoiando a criança e sua família ao longo do seu percurso.

No SUP encontra-se uma equipa multidisciplinar capaz de responder satisfatoriamente às pretensões e é nessa equipa que o ESSCJ, sendo este elemento fundamental na resposta às necessidades e expectativas dos pais e crianças, dentro dos seus limites e competências.

A triagem consiste num processo de avaliação clínica preliminar que classifica os clientes que recorrem a um SUP em função da sua urgência/gravidade, antes de uma avaliação, diagnóstico e instituição de terapêutica mais aprofundada. A triagem de Manchester adaptada, utilizada no SUP onde decorreu o estágio, procura classificar os clientes pediátricos que recorrem a este serviço, segundo o seu nível de urgência, estabelecendo graus de prioridade de atendimento e o tipo de resposta assistencial e os recursos necessários, após uma adequada avaliação da criança e jovem que recorre a este serviço (Andrade, Carvalho, Fernandes & Casanova, 2008). Através de uma adequada avaliação inicial da criança, pretende-se atender o mais rapidamente possível as crianças com maior gravidade clínica ou com maior risco de agravamento por demora no tratamento.

A triagem ocorre num gabinete junto à entrada do SUP e é onde a criança e família recorre em primeira instância na chegada a este serviço. É aqui que o EESCJ tem o primeiro contato visual com a criança, ocorrendo a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e família, transmitindo aos pais um sentimento de confiança na equipa multidisciplinar, através de um contato acolhedor e empático, da transmissão de segurança e cordialidade e demonstrando disponibilidade para responder às suas necessidades, o que irá influenciar “reduzir ao máximo possível os efeitos negativos dessa experiência, potenciando os aspetos mais enriquecedores” (Fernandes, 2012).

É neste primeiro momento que é explicado o processo de atendimento, a dinâmica do SUP e a prioridade de atendimento com base na gravidade clínica, sendo salientado à família que deve manter a vigilância no estado clínico da criança enquanto aguarda pela avaliação médica, informando que a criança deverá voltar ao gabinete de triagem em caso de alteração do estado clínico (Fernandes, 2012), o que aconteceu com frequência para que o enfermeiro atribuisse uma nova prioridade, para que a criança fosse mais rapidamente atendida.

O impacto da doença num membro da família afeta os outros membros da mesma, pelo que recorrer a um serviço de urgência com o familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado, exigindo-lhe a mobilização de competências e recursos, frequentemente, até à data desconhecidos (Ausloos, 2003). Como enfermeiros devemos estar sempre atentos e utilizar estratégias que garantam a proximidade e empatia emocional (Van Sant, 2003, citado por Diogo, 2015), mantendo uma postura assertiva. Diogo (2015) salienta que o trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem engloba intervenções que têm como finalidade gerir os sentimentos intensos e perturbadores duma forma positiva, mobilizando estratégias que enfrentem a emocionalidade na prestação de cuidados e cada interação com as pessoas.

Assim foram mobilizadas essas estratégias referidas no estudo de Diogo (2015) durante a prestação de cuidados na triagem: manter uma postura assertiva; esclarecer dúvidas existentes; colocar-se de lado, compreendendo a situação; mobilizar a empatia emocional, compreendendo que a criança e família estão a vivenciar um período de intensas emoções; promover um ambiente seguro e afetuoso, permitindo a expressão de sentimentos; fomentar a esperança e gerir as emoções dos clientes.

Através destas estratégias conseguiu-se manter uma estabilidade na relação com a criança e família desde o primeiro contato, crucial para a vivência desta situação de

crise sem prejuízo para uma transição saudável. O EECSJ foi ainda demonstrando disponibilidade, escutando os utentes e resolvendo ou atenuando situações dentro do foro das suas competências, permitindo a expressão de sentimentos, o que permite construir desde o primeiro contacto a estabilidade da relação com o outro (Diogo, 2015).

**Diário de campo n.º 2 – A gestão diferenciada da dor em contexto de urgência**

Quando uma criança tem um problema de saúde uma das muitas preocupações dos pais/família e dos profissionais de saúde é a dor e o sofrimento que a criança vai vivenciar, o que vai de encontro com a Direção Geral de Saúde [DGS] (2008) que refere que a dor aguda constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde. O controlo da dor deve assim ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, indispensável na humanização dos serviços de saúde (Batalha, 2010), pois o “medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

As emoções referidas por Batalha (2010), a avaliação da dor e a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à sua intervenção, tornando-se premente que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

Ao longo da prestação de cuidados à criança e família no SUP, a monitorização da dor é um dos critérios essenciais no momento de admissão no contexto de urgência e ao longo do tempo de permanência no serviço.

Verifica-se que a monitorização da dor é realizada sistematicamente pelo EESCJ a todas as crianças na triagem havendo uma preocupação em escutar e dar voz à criança, mantendo a premissa de acreditar na criança, não subvalorizando o que esta refere e sem fazer juízos de valor, no entanto existem lacunas na reavaliação e registo da mesma e perante a realização de procedimentos dolorosos.

A forma como a dor se expressa em crianças apresenta uma enorme variabilidade, devido às especificidades de cada grupo etário. À experiência de dor nas crianças estão normalmente associados sentimentos de medo e ansiedade, emoções que dificultam a avaliação da dor e a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à sua intervenção. É importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente (OE, 2013).

As intervenções de enfermagem só são fundamentadas e válidas quando a avaliação da dor é adequadamente efetuada. Uma dor não identificada não poderá ser

tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Batalha, 2010).

Deste modo, “na prática clínica são assim usados dois métodos na avaliação da dor: a autoavaliação (a criança relata a sua própria dor) e a heteroavaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, efetuado por profissionais de saúde pais ou outros)” (Batalha, 2010, p.27).

No SUP o EESCJ monitoriza a intensidade da dor através do uso de escalas de avaliação apropriadas a cada criança, que permitem a autoavaliação da intensidade da dor mas também a heteroavaliação da dor de acordo com a idade, estadio de desenvolvimento da criança e condição de saúde.

A heteroavaliação predominou sobre a autoavaliação da intensidade da dor, mesmo em crianças acima dos 3 anos, recorrendo-se à escala comportamental FLACC e exceccionalmente à escala numérica ou à escala de faces de *Wong-Baker*, ao contrário do que é preconizado pela DGS (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

Para além estarem disponíveis no SUP as escalas para avaliação da intensidade da dor, existe ainda um protocolo de atuação para administração de terapêutica oral à criança/jovem com dor e/ou febre. Este protocolo elaborado pela equipa médica e pela enfermeira chefe do serviço (EESCJ) encontra-se afixado em todos os postos de trabalho do serviço e resume a dosagem da terapêutica oral a administrar (Paracetamol e Ibuprofeno) de acordo com o peso da criança/jovem.

As intervenções dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor da criança/jovem no SUP inscrevem-se nas denominadas intervenções autónomas e interdependentes, consagradas no Regulamento do exercício profissional de enfermagem (Diário da República [DR], 2015).

As intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais (avaliação da dor e aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor) e as intervenções interdependentes consideram-se as ações realizadas em conjunto com outros técnicos, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (administração de terapêutica oral de acordo com o protocolo de atuação definido).

A responsabilidade profissional do enfermeiro perante a administração da terapêutica, da promoção da segurança da criança/família reflete-se na qualidade dos cuidados prestados relativamente ao alívio da dor e pressupõe que os enfermeiros

registem as doses de fármacos administradas, observem as reações dos clientes após a administração farmacológica, bem como associem estratégias não farmacológicas de alívio da mesma.

Na sala de tratamentos o EESCJ realizou os procedimentos necessários à criança, normalmente dolorosos, como colheitas de produtos biológicos, punções venosas, pensos, administração de terapêutica endovenosa, intramuscular e inalatória, o que vai de encontro às fontes de dor mais comuns referidas por Batalha (2010).

O EESCJ assume um papel ativo e fundamental no alívio da dor, promovendo o desenvolvimento de medidas de conforto na criança/família e a sua colaboração nas mesmas. Assim, para garantir este direito que a criança tem, é fundamental que o EESIP desempenhe um papel ativo, pois tem essa competência específica (E2.2.) e como a compreensão da dor se modifica nas diferentes fases do desenvolvimento da criança, o EESCJ teve em consideração essas mudanças, o que incluiu dar informações adequadas à criança/jovem e família acerca da dor ou dos procedimentos invasivos (Silva et al., 2007).

Verificou-se que a equipa de enfermagem investe na adopção de estratégias de *coping* e em medidas farmacológicas e estratégias não farmacológicas para minimizar o impacto da dor. Estas intervenções permitem com eficácia e segurança, reduzir a dor e a ansiedade causadas pela generalidade dos procedimentos invasivos nas crianças (DGS, 2012), pois como está preconizado na Carta da criança hospitalizada, as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo (Instituto de apoio à criança [IAC], 1996).

**Contexto formativo: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais****Diário de campo n.º 3 – *Promoção da parentalidade na UCIN***

O nascimento de uma criança é um acontecimento sublime, repleto de emoções intensas que devastam e enaltecem o sentido de se ser humano. Essas emoções são intensamente vivenciadas, originando sentimentos e pensamentos confusos e exaustivos que, nas situações de prematuridade, podem influenciar a adoção das competências parentais (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

Nascer prematuro é um risco intrínseco da vida e corresponde a uma saída abrupta de um ambiente aconchegante e securizante para um ambiente novo e agressivo. O nascimento antecipado de um filho leva a um choque devastador e ao sofrimento dos progenitores, levando os mesmos a viverem esta fase com angústia, medo (Hoffenkamp et al., 2012; Santos, Moraes, Vasconcelos & Araújo, 2007) e ansiedade em relação à saúde e ao desenvolvimento do RN, emoções bem presentes nos pais na UCIN onde se realizou o estágio.

A imagem do filho real torna-se muito diferente da imaginada (um bebé pequeno, com muitos tubos, fios e luzes), dificultando a adaptação à parentalidade, para além da separação e o contacto com um ambiente hospitalar constituírem constrangimentos no estabelecimento do vínculo afetivo entre pais e RN através da barreira de uma incubadora e outros equipamentos.

O parto prematuro tem geralmente um impacto considerável sobre o casal e família, pelo confronto com um novo quotidiano, um mundo muitas vezes desconhecido e avassalador, em que novos papéis e rotinas têm que ser assumidos, exigindo uma aprendizagem constante e uma profunda reconstrução de si próprios. Este confronto pode gerar emoções negativas e instabilidade emocional, considerando-se que o nascimento de um bebé de risco se caracteriza como um evento crítico e de vulnerabilidade familiar.

Os bebés prematuros com necessidade de hospitalização são afastados logo à nascença da mãe e do pai, realidade aos olhos de um enfermeiro é 'normal', para os pais e toda a família é tida como um momento angustiante e de medo do desconhecido (Silva, 2010).

Ao enfermeiro exige-se que dê uma resposta efetiva às necessidades dos pais neste processo de transição, pelo que, é premente que identifique as necessidades dos pais na transição para o exercício do papel parental. É neste contexto que o EESCJ tem



um papel preponderante através das suas práticas, proporcionando o vínculo entre pais e RN e adotando procedimentos favorecedores da adaptação à parentalidade face à prematuridade. A transição para a parentalidade é o mais importante acontecimento de desenvolvimento na vida adulta, tornar-se mãe e pai envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova.

Ao longo do estágio identificaram-se as necessidades dos pais através da observação e conversa com os mesmos, de onde emergiu a falta de conhecimento no desempenho no papel parental (na troca da fralda na incubadora, no posicionamento do e conforto do RN, na alimentação, nos cuidados de higiene e ao coto umbilical e nos tipos de choro do RN), a necessidade de informação e a dificuldade em gerir as emoções negativas que vivenciam (ansiedade, medo, tristeza, reestruturação da vida familiar).

Na adaptação à parentalidade neste contexto os CCF, incluindo os pais nos cuidados, considerando-os essenciais na vida do bebé, ajudando a gerir o turbilhão de emoções que envolvem estas famílias são fundamentais para a vinculação mãe/pai e filho.

A presença dos pais, a sua contribuição na prestação de cuidados ao filho e o toque são aspetos bem visíveis na UCIN, promovendo a vinculação e ajudando os pais a atravessar a crise emocional e potenciando o crescimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado de todas as dimensões do RN, tanto psicológicas, sociais e espirituais. Através da promoção da vinculação o EESCJ está a promover a adaptação à parentalidade.

Para além disso, o EESCJ apoia ainda os pais, esclarecendo com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo EESCJ proporcionam conhecimento e *empowerment* aos pais, conduzindo ao restabelecimento da sensação de bem-estar aos mesmos e do RN, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos pais envolvidos neste percurso (Meleis, 2010).

Nesta UCIN o método de trabalho é de “*enfermeiro de referência - primary nursing*” que é aquele em que a filosofia de cuidados pediátricos assenta na parceria e na negociação de cuidados com os pais, prevendo a sua participação efetiva com continuidade do exercício da sua parentalidade. Este método permite a atribuição de um grupo de crianças a um enfermeiro, que se torna responsável por realizar a avaliação

inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final das intervenções de enfermagem prestadas a essas crianças.

**Diário de campo n.º 4 – A morte do recém-nascido na UCIN**

Em Portugal a taxa de mortalidade neonatal tem vindo a decrescer ao longo das últimas décadas, porém existem sempre situações que não podem ser controladas pela ciência e tecnologia médicas e a morte surge como inevitável (Silva, 2010), incluindo-se neste grupo RN com prematuridade extrema, com anomalias congénitas incompatíveis com a sobrevivência a curto prazo e os que têm um prognóstico letal a médio ou longo.

A perda de um filho é geradora de sofrimento para a família e para o próprio enfermeiro que é sensível a toda a situação. Os próprios profissionais de saúde, perante a inevitabilidade da morte, vivem momentos dolorosos e difíceis, por sentirem o fracasso mas também pelo confronto com a imagem da sua própria morte

Num dos dias de estágio, durante a passagem de turno foi abordada a situação crítica de um RN, cuja morte era expectável em poucas horas. A equipa está sensibilizada para estes acontecimentos e por isso estando a enfermeira de referência (*primary nursing*) daquela criança/família escalada de turno, foi ela que ficou responsável pelo RN (na UCIN é atribuído um enfermeiro responsável a cada criança/família, sendo o elemento de referência desde a admissão e até à alta).

Durante o turno presenciei os cuidados prestados por essa enfermeira junto da criança e da família emocionalmente esgotada. A morte de um bebé e o cuidar em fim de vida constitui uma experiência dramática e traumatizante para o enfermeiro, que lida com o sofrimento do outro, sendo uma vivência “muito exigente ao nível físico e muito intenso ao nível emocional” (Diogo, 2006, p. 138).

Os pais da criança, perante o desfecho iminente da morte do filho, que culminou nesse turno, permaneciam junto da criança desde o turno anterior. A enfermeira socorreu-se de estratégias positivas de comunicação verbal com os pais, através de uma linguagem adequada, clara e de fácil perceção, de respostas honestas, simples e sem preconceitos a todas as questões, mas também através de uma comunicação não-verbal, manifestada por um tom de voz suave e tranquilo. Esta comunicação eficaz permitiu a bidirecionalidade no contacto.

Nesse turno, a enfermeira ficou responsável apenas por essa criança o que permitiu estar disponível para a criança e para escutar os pais, favorecendo a expressão de vontades e sentimentos dos pais e o alívio do sofrimento.

Foram sugeridos aos pais mecanismos adaptativos à perda, nomeadamente através de efetuar a impressão da mão ou pegada do seu filho, tirando fotografias ao RN e incentivando a expressão de sentimentos através da escrita. Estas atividades

assumem particular importância na construção de memórias positivas que são essenciais na elaboração de um luto mais saudável após a morte do RN (Askin & Wilson, 2014).

Os pais solicitaram a presença do capelão, o demonstra a importância da espiritualidade na vivência do processo de luto. Para Caldeira, a espiritualidade "é um conceito transversal e inerente à pessoa na sua convivência mundana de procura de sentido", sendo a religião um sistema de fé e culto, que expressa a espiritualidade (2011, p. 52),

A dimensão espiritual é enfatizada em experiências de significativo *stress* emocional, na doença ou na morte, pelo que um cuidar holístico só tem sentido se integrar esta a dimensão da espiritualidade, principalmente em momentos de particular vulnerabilidade. A prática de cuidados espirituais requer assim competências no estabelecimento de um relacionamento interpessoal e de comunicação, devendo o EESCJ conhecer as crenças espirituais da criança/família.

Esta criança e estes pais permanecem na minha mente pelo envolvimento emocional que imprimi perante a situação nesse turno, em especial por ter sido a esta mãe que efetuei uma entrevista de ajuda, que se apresenta em apêndice XI.

**Contexto formativo: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados****Diário de campo n.º 5 – *Acompanhar a equipa da unidade móvel...***

Na UCSP onde se realizou o contexto de estágio existe uma unidade móvel que vai de encontro à comunidade no meio ambiente com o objetivo de sensibilizar a população de risco para a importância da vigilância de saúde, facilitando o acesso aos cuidados de saúde primários e identificar, orientar, encaminhar e acompanhar situações de risco, priorizando situações de violência, maus-tratos e negligência.

Ao longo do período de estágio na UCSP solicitei a possibilidade de integrar a unidade móvel para poder acompanhar a realização de visitas domiciliárias. A visita domiciliária permite ao enfermeiro conhecer o contexto onde a família vive, contactar com as necessidades e dificuldades que detêm, assim como os recursos e formas de adaptação das famílias às condições e processos de vida.

Em contexto comunitário, à semelhança do contexto hospitalar, surgem necessidades nas famílias associadas ao desempenho do papel parental, relacionadas com o acolhimento e com a capacitação dos pais para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, como fator de estabilidade e possibilidade de crescimento da criança, sendo neste campo que o EESCJ da UCSP atua integrando as visitas domiciliárias num programa de intervenção junto da criança e família de risco e criando ambientes que suportam e estimulam a participação dos pais no processo de cuidar promovendo assim, a auto capacitação e confiança (Domian, Baggett, Carta, Mitchell, & Larson, 2010).

A DGS valoriza a visita domiciliária de enfermagem quando refere que se devem desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliárias pelo enfermeiro, pois é um elemento fundamental de vigilância e de promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações de risco (Direção Geral de Saúde [DGS], 2007).

Para a manhã foram programadas cinco visitas domiciliárias, duas das quais com o intuito de vacinar crianças/jovens, um com o intuito de acompanhar uma família de risco, em que as crianças e mãe tinham sido sujeitas no passado a maus-tratos e violência, estando o agressor preso, outra das visitas domiciliárias pretendia ir ao encontro da família por não comparecimento da criança na consulta na UCSP e a última com o intuito de identificar uma família cuja o nascimento do RN tinha sido notificado por

notícia de nascimento, no entanto, a família não compareceu na consulta de saúde infantil na primeira semana de vida.

Nenhuma das visitas foi programada com a criança/família, exatamente pela necessidade de encontrar cada uma destas pessoas/famílias no seu meio envolvente. Das cinco visitas idealizadas apenas uma não se realizou por ausência da família no local de residência.

A visita que marcou o dia foi a última, por ser a que seria efetuada ao RN que não tinha comparecido na consulta na primeira semana, tendo sido uma experiência emocional por a mãe não querer ser ajudada... pretendia-se com esta visita domiciliária sensibilizar a família para a necessidade de regularidade dos cuidados relativos à satisfação das necessidades básicas e de desenvolvimento, tendo em conta o seu potencial na aquisição de competências e na interação do bebé com a sua família, contribuindo para um bem-estar desta criança indefesa e vulnerável bem como da família pois com a chegada de um novo membro a casa, seja um RN prematuro ou de termo, a família necessita de se readaptar, o que pode propiciar insegurança parental na assunção de um novo papel, em resposta às necessidades físicas, de saúde, segurança e desenvolvimento da criança. Mas quando o outro não permite a atuação do profissional de saúde torna-se complicado... e por ser uma potencial situação de risco, notificou-se esta criança ao NACJR.

A abordagem de apoio à parentalidade surge como a estratégia individualizada mais adequada para a promoção do acolhimento familiar neste contexto de cuidados, em que os profissionais se deslocam ao encontro da família, privilegiando uma educação parental no ambiente familiar (Abreu-Lima et al., 2010).

Assim, e de acordo com a literatura, reconhece-se que a visita domiciliária à puérpera e ao RN é uma intervenção prioritária, um momento único de interação enfermeiro-família-meio ambiente e de apreciação familiar, que possibilita a implementação de um plano de cuidados holístico e individualizado junto das famílias durante o puerpério, promovendo a expressão de sentimentos, a construção de uma relação estável (Diogo, 2012) com o EESCJ, bem como contribuindo para o desenvolvimento das famílias para uma positiva autoperceção dos conhecimentos, potencialidades e competências (Hockenberry & Wilson, 2014).

Brett et al. (2011) considera que as famílias de RN's prematuros, referem que os pais de RN visitados regularmente, com apoio emocional e com ajuda prática, vivenciam uma transição para a parentalidade saudável, pois experimentam menores níveis de *stress* parental, comportamentos parentais e interações mais responsivos e adequados

às necessidades do bebé, produzindo uma maior variedade de estímulos apropriados ao desenvolvimento infantil, bem como um ambiente familiar também mais adequado e melhorado.

Dodge et al. (2014), através do estudo longitudinal que realizaram, sustentam a prática da visitação domiciliária regular com o potencial aumento das conexões com os recursos da comunidade, um comportamento parental positivo, maior qualidade no envolvimento do pai e segurança familiar, ambiente de casa e atividades de exterior mais adequadas ao bebé.

## **Diário de campo n.º 6 – Uma tarde com adolescentes no “APARECE – Saúde jovem”**

Para Neto, Dias, Rocha e Cunha (2007) a adolescência é uma fase de transição em que o ser humano, vivenciando os mais variados tipos de crises, vivencia um processo de aprendizagem social, biológico, psicológico e espiritual, e tenta destruir a criança que existe dentro de si e construir um adulto socialmente aceite, espiritualmente equilibrado e psicologicamente ajustado.

A transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que enfrentar situações de transição pode conduzir a um alcance de maior maturidade, mas também pode desencadear instabilidade, provocando consequências emocionais profundas. Para Maas & Zagonel (2005) se o indivíduo perceber a situação da transição como uma possibilidade de perdas e ganhos, isto pode auxiliá-lo na adaptação a essa mesma situação.

São várias as fases inerentes às vivências do adolescente, às suas necessidades e problemáticas mais comuns e a intervenção da enfermeira, durante a consulta teve uma importante vertente assertiva, mas também de consciencialização e responsabilização sobre os atos da adolescente.

A pedra basilar no atendimento ao adolescente tem por base um processo aberto, com características próprias e estruturado para uma colheita de dados dirigida para as necessidades padrão dos adolescentes. Uma ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação e que exige tempo, desmontando o problema e negociando de forma a construir a estabilidade da relação (Diogo, 2015).

Na UCSP onde se realizou o contexto de estágio foi-me proporcionado a ida ao APARECE - Unidade funcional de atendimento a jovens, de referência na área de Lisboa, nas questões ligadas à adolescência

O APARECE funciona no Centro de saúde de Sete Rios e é um espaço amigável, interativo e inovador na área da saúde dos adolescentes dos 11 aos 24 anos.

Funciona em 4 vertentes: atendimento global e integrado, promoção da saúde, formação e investigação e é constituído por uma equipa multidisciplinar - médico, enfermeiros, psicóloga e assistente social - com experiência e treino na área da adolescência.

Nesta unidade existe um documento onde se efetua o registo referente a cada adolescente e que recorre ao “HEADSS” como instrumento de avaliação psicossocial do



adolescente e que engloba uma apreciação global do adolescente para além da observação física e estatoponderal. No “HEADSS” cada letra tem um conceito na avaliação do adolescente: H (Home/casa); E (Educação e emprego); A (Atividades); D (Drogas); S (Sexualidade); S (Suicídio).

Para que os adolescentes se desenvolvam de uma forma saudável, as intervenções em saúde devem incluir a criação de um ambiente acolhedor, confortável e que assegure a privacidade e a dignidade. O atendimento a adolescentes exige do profissional de enfermagem conhecimentos “sobre a transição, habilidades de comunicação e sensibilidade para apreender a verdadeira essência dessa vivência pelo adolescente” (Maas & Zagonel, 2005, p.68).

Na apreciação global do adolescente aprofundam-se questões que permitem conhecer o contexto bio-psico-social, nomeadamente a vivência da sexualidade, sendo fundamental que os adolescentes sejam orientados para uma vivência mais informada, gratificante e autónoma da sexualidade pois o início precoce da atividade sexual tem aumentado o risco de maternidade na adolescência e das doenças sexualmente transmissíveis.

No dia em que estive no APARECE realizou-se apenas uma consulta de enfermagem, tendo uma adolescente de 18 anos comparecido sozinha na unidade por amenorreia há dois meses e positividade no teste de gravidez, recorrendo à consulta para confirmar a gravidez e exprimir a vontade em avançar com a gravidez, mas revelando medo, perplexidade e arrependimento face ao evento crítico.

A adolescência é um período caracterizado por inúmeras transformações, que marcam esse complexo momento de transição, tornando-se esta mais difícil quando ocorre uma gravidez.

As mães adolescentes enfrentam uma dupla transição: a transição para a adolescência (desenvolvimental) e a transição para a maternidade (situacional) (Soares et al., 2001). Esta associação pode gerar um desequilíbrio na vida da adolescente, já que esta tem que enfrentar mudanças inesperadas, com vista à adaptação ao papel materno e para as adolescentes conseguirem enfrentar a transição imposta pela maternidade têm de mobilizar todos os seus recursos.

É importante que quem vivencia a maternidade tenha consciência que as transições estão a ocorrer e que se comprometa a ultrapassá-las, procurando informação, apoio e novas formas de viver e de estar, de forma a modificar situações anteriores e encontrar sentido nas novas circunstâncias (Meleis et al., 2000, cit in. Meleis, 2012).

Meleis (2012) salienta que os enfermeiros podem facilitar a adaptação a novos papéis pelos indivíduos, pois, baseados num modelo de transição, podem antecipar e detetar necessidades de aprendizagem, de novos conhecimentos, de habilidades e de estratégias de adaptação que possibilitem e facilitem a transição da adolescente para o papel materno.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, A., Cruz, O., Gaspar, M. & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Disponível em [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=3493&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF).
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), pp. 373-382.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A. P. & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, XVII (1), pp. 16-20.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-593-0.
- Brett, J.; Staniszewska, S., Newburn, M.; Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1 (1). Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191395/>.
- Caldeira, S. (2011). *Espiritualidade no Cuidar: Um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD. *Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Dodge, K.; Goodman, W.; Murphy, R; O'Donnell, K.; Sato, J. & Guptill, S. (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American Journal of Public Health*, 124 (1). 136-143.
- Domian, E., Baggett, K., Carta, J., Mitchell, S., & Larson, E. (2010). Factors influencing mothers' abilities to engage in a comprehensive parenting intervention program. *Public Health Nursing*, 27, 399-407.
- Falkembach, E. M. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e educação*, 2 (7), pp. 19-24.

- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na urgência pediátrica. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%A2ncia%20Pedi%C3%A1trica.%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. M. d. S. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-Nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 18 (2), pp. 45-60.
- Freitas, J. S., & Freitas, S. P. (2005). A hospitalização da criança: o impacto na família. *Sinais Vitais*, nº 60, pp. 24-27.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten A., Hall, R. A. S., Croon, M. A., Braeken, J., Winkel, F. W. ... Bakel, H. J. A. van (2012). The impact of premature childbirth on parental bonding. *Evolutionary Psychology*, 10 (3), pp. 542–61.
- Instituto de Apoio à Criança - IAC. (1996). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República 1ª Série*, Nº 181 (16-09-2015), 8059-8105.
- Maas, T., & Zagonel, I. (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewfile/501413790>.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). 2.2. Facilitating transitions: Redefinition of nursing mission. Em A. I. Meleis, *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neto, F. R. G. X., Dias, M. d. S. d. A., Rocha, J., & Cunha, I. C. K. O. (2007). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 279-285.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Ordem dos enfermeiros.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8653-8686.
- Santos, M. C. L., Moraes, G. A., Vasconcelos, M. G. L., & Araújo, E. C. (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Revista Enfermagem UFPE*, 1 (2), 140-149.
- Silva, C. A. M. (2010). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26624/2/Necessidades%20dos%20pais%20de%20rec%20mnascidos%20prematuros%20no%20ps%20al.pdf>.
- Soares, A. N., Silveira, A. P., Silveira, B. V., Vieira, J. S., Souza, L. C., Alexandre, L. R., . . . Spagnol, C. A. (2011). O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (4), pp. 665-670. Obtido em 10 de Outubro de 2013, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a10.htm>.
-



## **Apêndice VI**

Reflexão sobre as práticas: Jornais de  
aprendizagem







**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

---

## **Reflexão sobre as práticas: Jornais de aprendizagem**

---

Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis, nº 4806

Orientação:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Lisboa



## NOTA INTRODUTÓRIA

Neste apêndice serão apresentadas as reflexões elaboradas em cada contexto de estágio, tendo sempre por base uma prática reflexiva. O estágio de um enfermeiro em contexto do CMEESIP é um conjugar de novos conhecimentos com a sua anterior e/ou atual experiência profissional, sendo cada um de nós responsável pelo nosso próprio desenvolvimento profissional, por forma a adquirir as competências de enfermeiro perito e indo de encontro às competências definidas pela OE para o EESCJ.

De acordo com Alarcão e Rua, a competência é “o que resulta de um conjunto de micro-competências que se mobilizam na acção, de uma miríade de atitudes e saberes de vários tipos (substantivos, processuais, contextuais)” (2005, p. 376). Benner (2001) postula que a aquisição de competências dos enfermeiros se desenvolve em diferentes estádios e compreende como enfermeira perita aquela que tem um saber advindo da experiência e que compreende de forma intuitiva cada situação concreta. Apreende o problema diretamente, agindo a partir de análise profunda da situação global.

A atuação profissional do enfermeiro perito situa-se a um nível que está para além das disciplinas e que “o seu saber profissional resulta da fusão de saberes provenientes de várias fontes (disciplinares e experienciais) que lhe dá uma visão ampla da realidade” (Alarcão & Rua, 2005, p. 374). Pensar é começar a mudar e a mudança só é possível a partir de uma reflexão sobre nós mesmos e sobre as nossas ações. Uma prática reflexiva tem assim vindo a demonstrar-se como um meio importante na capacitação de alunos e enfermeiros na aquisição de um conhecimento profundo dos seus saberes e das suas práticas, pois permite que se torne sabedor daquilo que faz e como o faz (Santos & Fernandes, 2004).

Na perspetiva de Alarcão, “quando reflectimos sobre uma acção, uma atitude, um fenómeno, temos como objecto de reflexão a acção, a atitude, o fenómeno e queremos compreendê-los” (1996, p.176). Mas, para os compreender, temos que os analisar à luz de um referencial, que são os saberes que já possuímos ou os que vamos à procura para podermos compreender a situação. Desta análise da situação e dos referenciais teóricos, resulta uma reorganização do conhecimento com consequências a nível da acção.

A reflexão sobre as práticas tem assim por objetivos aumentar a confiança do aluno/profissional no seu desempenho, melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez, abordar a enfermagem de um modo ainda mais crítico, sistemático

---

e intencional e adquirir conhecimentos adicionais a partir de experiências práticas enriquecendo e dotando o enfermeiro de competências para a sua prática diária.

Na enfermagem um dos modelos de reflexão mais utilizados é o ciclo reflexivo de Gibbs, que propõe que a teoria e a prática se enriquecem uma à outra num círculo sem fim. Este ciclo começa com a descrição de um evento ocorrido na prática, seguindo-se várias etapas em seguida: identificação dos sentimentos, avaliação e análise da experiência, conclusões sobre as atitudes perante o evento e que atitudes se teriam perante o mesmo evento no futuro (Oelofsen, 2012). Trata-se de uma metodologia de reflexão sobre a ação, com o principal intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti, & Oliveira, 2013).

Neste apêndice serão apresentados por ordem temporal os jornais de aprendizagem elaborados ao longo do estágio, tendo por base o modelo de reflexão de Gibbs, que permite esquematizar e atribuir uma sequência lógica ao processo reflexivo. Trata-se de uma metodologia de reflexão sobre a ação, com o principal intuito de pensar acerca dos elementos que geraram determinada situação, por forma a alterar e desenvolver estratégias de ação (Alves, Dessunti, & Oliveira, 2013).

De acordo com Paré, 1987, o jornal de aprendizagem é um documento escrito, que funciona como um instrumento de crescimento, integração e exploração pessoal, clarificação e conhecimento de si próprio e pode ser constituído por tudo quanto conduza a uma compreensão psicológica, pedagógica e social do próprio e do leitor (Soveral, 1996). O jornal de aprendizagem mostra-se extremamente válido no desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica, nomeadamente nos processos de aprendizagem na prática clínica ou nos estágios de profissionais de saúde pois implica a responsabilização e atenção do aluno/profissional em si próprio, como pessoa, aos conhecimentos que vai integrando e nas competências que vai desenvolvendo.

Escrever um jornal de aprendizagem é uma oportunidade para refletir e partilhar experiências, confirmar a aquisição de conhecimentos, ajudar no desenvolvimento de uma compreensão do processo de aprendizagem e projetar a atuação no futuro. Assim, a experiência é vivenciada, seguindo-se uma fase reflexiva, de conceptualização que possibilita a integração do novo conhecimento nos esquemas mentais anteriormente existentes.

---

**Jornal de aprendizagem n.º 1 – *A intervenção do enfermeiro na transição saúde-doença vivenciada pela criança/jovem e família com necessidade de cirurgia urgente e perante o medo do desconhecido***

A principal função de um serviço de urgência é tratar os utentes gravemente doentes ou que sofreram traumatismo e não a substituição dos cuidados de saúde primários. O acompanhamento periódico da criança pelo seu médico assistente é essencial para a manutenção do seu estado de saúde e mesmo em situações de doença aguda, o contato com esse clínico, que conhece os seus antecedentes pessoais e familiares é uma mais-valia (Barroso, Ferreira, Machado & Lemos, 2003).

No entanto, o saudável crescimento e desenvolvimento de uma criança são, por vezes, interrompidos por ocorrências indesejadas em termos de saúde que levam os pais a sentir a necessidade de recorrer a um SUP e por norma é o local onde ocorre o primeiro contacto da criança com o contexto hospitalar, podendo esta experiência ter consequências em futuras experiências.

Os processos de saúde-doença na infância são caracterizados pelo medo e ansiedade (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015), assumindo-se que a dimensão do medo seja proporcional ao estímulo.

É no SUP que as crianças encontram, na grande maioria das vezes, uma equipa multidisciplinar capaz de responder satisfatoriamente às suas necessidades, e é nessa equipa que intervém o EESCJ, que se espera que esteja sensível para a dimensão desta experiência de medo, por forma a desenvolver interações que contribuam para que a experiência assuma uma valência positiva (Fernandes, 2012).

Numa primeira fase do contexto formativo observei a realização de triagem pela enfermeira de referência e compreendi que o processo da triagem de prioridades requer formação e treino, capacidade de interpretação, discriminação e avaliação. São requisitos o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e, não menos importante, a intuição.

É o primeiro contato visual que os profissionais do SUP têm com a criança/jovem e família e nesse momento deve-se iniciar de imediato um contato acolhedor, transmitindo confiança à criança/jovem e família e avaliando a gravidade do estado clínico da criança/jovem. É importante a criação de um ambiente acolhedor para que os pais e as crianças possam expor abertamente as suas preocupações e os motivos que os levaram a recorrer ao SUP.

É primordial que o enfermeiro esteja preparado para reagir em situações de pressão, adequando e adaptando diferentes estratégias de comunicação mediante o tipo de utente com quem interage, privilegiando uma comunicação que permita dar respostas, tentando diminuir a ansiedade, as dúvidas e os medos que os pais demonstram, tentando evitar possíveis situações de tensão, que poderão acontecer geralmente causadas pela ansiedade e falta de respostas verbalizadas ou manifestadas pelos pais.

Após observar e colaborar na triagem, assumi, sob supervisão, a realização de uma triagem, utilizando como ponto de partida uma colheita de dados através de uma entrevista de cerca de dois minutos, tal como recomendado, usando como fonte de informação não só a mãe como a própria criança, valorizando as suas queixas em função da sua idade e antecedentes.

Assim, tive a oportunidade efetuar a triagem a uma criança que recorreu ao SUP, cerca das 16 horas.

Pelo intercomunicador, existente no gabinete de triagem do SUP, chamei a “Maria” (nome fictício), que tinha feito a admissão administrativa no SUP e se encontrava na sala de espera há cerca de 5 minutos.

À entrada a menina estava envergonhada, pouco comunicativa e agarrando-se ao braço da mãe, numa posição de flexão do tronco por dor. Trazia consigo uma boneca que segurava junto ao corpo.

Apresentei-me e à enfermeira de referência, enquanto a menina de 7 anos se sentava na cadeira. Foi questionado o seu nome e iniciou-se a colheita de dados, mas a menina não quis comunicar comigo e foi a mãe que começou a descrever a situação. A mãe apresentava uma postura tensa e demonstrava preocupação.

A “Maria” tinha almoçado cerca das 13 horas e por voltas das 14 horas começou a referir dor na fossa ilíaca direita sem outros sintomas associados. É uma menina saudável sem antecedentes pessoais conhecidos ou alergias.

Após uma pequena brincadeira com a sua boneca a “Maria” esboçou um sorriso e começou a falar com as enfermeiras. Encontrava-se bem-disposta, mas com dor abdominal à palpação e fácies de dor.

Neste contexto específico, para o enfermeiro obter informação acerca da criança foi necessário recorrer à observação direta, mas também à informação fornecida pela mãe ou pela própria criança, tendo em conta as particularidades que decorrem das capacidades de comunicação próprias de cada estadio de desenvolvimento.

Adotei uma comunicação sempre adequada ao estadio de desenvolvimento da criança, utilizando estratégias para comunicar, como: colocar-me ao nível da criança, dirigindo-me diretamente à criança colocando questões simples e diretas, falando com clareza, utilizando termos simples e consonantes com o estadio do vocabulário de cada criança, sendo honesta e não criando falsas expectativas.

Avaliando a dor pela escala numérica a menina auto-avaliou a sua dor em intensidade 7 (após explicação de como funcionava a escala de dor), sem ter feito analgesia prévia. Segundo a mãe, a criança estava apirética em casa mas no momento da triagem apresenta uma temperatura timpânica de 38,2°C

De acordo com a DGS, a febre é a manifestação mais comum de doença na idade pediátrica, definindo-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna. A temperatura corporal é determinada pelo centro termorregulador do hipotálamo, que responde a diversos estímulos, sendo o principal a infeção e a febre tem valor como sinal de doença e não como doença em si própria (Saúde, 2004).

Foi explicado à criança e à mãe que teria de ser administrado um antipirético para que a temperatura não continuasse a aumentar e solicitei à “Maria” que me acompanhasse até à balança para registar o seu peso.

No SUP os enfermeiros são autónomos perante crianças com febre ou queixas álgicas por existir um protocolo de atuação para a administração de antipiréticos/analgésicos (Paracetamol e Ibuprofeno) de acordo com o peso da criança, no entanto, o protocolo não inclui terapêutica por via endovenosa, e por isso foi explicado à “Maria” e à sua mãe que perante as queixas teríamos de aguardar pela avaliação do pediatra para decidir qual a via de administração a adotar.

Brincando e conversando com a “Maria” efetuei a pesquisa de sinais meníngeos e procedi à avaliação dos sinais vitais da criança, que se encontravam dentro dos parâmetros normais e no exame físico também não foram encontradas alterações.

A mãe negou a existência de vômitos, diarreia, alteração no apetite e alterações das características da urina, mas demonstrou no seu fôlego e no seu tom de voz preocupação perante os sintomas.

No aplicativo informático, o sintoma principal selecionado foi a dor abdominal associada a febre e a criança foi triada com prioridade laranja.

Foi explicado à mãe que a triagem é feita por prioridades e não por ordem de chegada ao SUP e que teria de aguardar na sala de espera até ao momento da

avaliação médica, mas que em caso de notar algum agravamento do estado da criança que deveria entrar novamente na sala de triagem para procedermos a uma reavaliação.

A triagem foi registada no processo clínico da criança, no aplicativo informático existente (Soarian<sup>®</sup>).

Após terminar a triagem, e por ter percebido que a mãe ficou preocupada com a situação, saí do gabinete de triagem e acompanhei a mãe e a criança até ao corredor do SUP e estabeleci um diálogo por forma a conhecer a dinâmica familiar da família, bem como os seus medos/receios e se esta mãe já tinha vivenciado experiências anteriores semelhantes. Através deste diálogo pretendia-se compreender o processo de transição que esta mãe estava a vivenciar.

A transição saúde-doença é o que os pais de crianças que recorrem ao SUP vivenciam, quer por uma situação aguda, quer por uma agudização de uma doença crónica. Esta situação apresenta-se como um momento de *stress* para a família, que pode levar à manifestação e/ou exacerbação de sentimentos de tristeza e ansiedade.

Após a avaliação médica foi confirmado o diagnóstico de apendicite e necessidade de cirurgia urgente e consequentemente o internamento da criança, o que confirmou o meu diagnóstico por intuição bem como da enfermeira de referência.

Após o diagnóstico os meus sentimentos foram estranhos... fiquei contente por poder efetuar a preparação para a cirurgia da “Maria” e concretizar um dos objetivos a que me propus para o estágio mas ao mesmo tempo fiquei angustiada por estar contente perante o sofrimento da criança e da sua mãe...

Estes sentimentos ambíguos criaram em mim a necessidade de regular a minha própria disposição emocional para o cuidar naquele momento, necessitando de analisar o que estava a sentir e afastando-me por momentos do posto de triagem e da situação de doença da criança. Este afastamento levou ao desenvolvimento do meu autoconhecimento e autoconsciência, questionando-me sobre o que estou a sentir agora, tornando-me mais competente emocionalmente.

Após um breve afastamento, desenvolvi a minha capacidade de empatia e consegui voltar a acompanhar a criança em todo o circuito perioperatório, efetuando uma preparação para a cirurgia à criança e à sua mãe e gerindo antecipadamente as emoções das mesmas, através das ações definidas por Diogo (2012) e através das estratégias para diminuir o medo da cirurgia emanadas pela OE (2013), de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo

A preparação deve ser feita atempadamente para que a criança assimile as informações e possa formular questões, de acordo com o estadió de desenvolvimento



(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011), no entanto em contexto de cirurgia de urgência o profissional dispõe de pouco tempo para ganhar a confiança da criança e facilitar a transição do evento crítico que está a viver, por isso cabe ao enfermeiro ser dinâmico na gestão das emoções da criança estabelecendo uma relação empática e nutrindo os cuidados de afecto.

Mantive uma postura calma e carinhosa, demonstrei disponibilidade e dei oportunidade à “Maria” para colocar questões e conversar sobre os seus medos e receios.

A “Maria”, que estava inconsolável e agarrada à sua mãe demonstrou receio das dores que poderia ter após o procedimento, de ficar afastada da mãe, de ficar com um penso e de ter de faltar à escola.

Para melhor elucidar a “Maria” sobre o que iria vivenciar e envolvendo a mãe nos cuidados, forneci explicações sobre o circuito perioperatório e utilizei a sua boneca como técnica de distração e imaginação guiada e mobilizei recursos que me acompanhavam durante o estágio, livros que contam a história de um personagem que vai ser operado e/ou internado, nomeadamente, “A Anita no Hospital”, “O Diogo é operado”, “O Diogo é operado” e o “Ursinho Baggins vai ao bloco operatório”.



Os efeitos positivos da intervenção efetuada perante as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição vivenciado verificados pela comunicação verbal e não-verbal da criança pois quando a acompanhei até ao Bloco Operatório a criança estava mais tranquila, manifestou um “obrigado”, esboçou um sorriso e conseguiu identificar todo o circuito explicado anteriormente, bem como a sua mãe, que perante o medo do desconhecido conseguiu esboçar um sorriso.

Após esta experiência e indo de encontro a uma das etapas do ciclo reflexivo de Gibbs, a de análise da experiência vivida, considero com esta atividade ter ido ao encontro da competência de EESCJ, em que o enfermeiro “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o

regime e da reinserção social da criança/jovem” (Diário da República [DR], 2011, p. 8654).

A aquisição de competências associadas a um adequado exercício do papel parental acompanha a família ao longo do seu ciclo de vida, quer na transição para a parentalidade, quer aquando da ocorrência de um estado de doença, que implique recorrer a um serviço de urgência e se verifique uma situação de hospitalização (transição saúde-doença, situacional), sendo importante o EESCJ criar as condições facilitadoras para este processo de transição, competência que penso ter atingido perante o acompanhamento da “Maria”.

**Jornal de aprendizagem n.º 2 – Ser irmão de um recém-nascido prematuro**

À entrada na UCIN confrontei-me com a “Ana”, uma menina de 5 anos e que teve um irmão (o “Tomás”) na véspera, mas que ainda não pôde ver... a menina estava chorosa e pedia ao pai para ver o irmão...

O seu irmão encontra-se internado na UCIN por ter nascido prematuro, encontrando-se na sala de cuidados intensivos neonatais mas não se encontra em risco de vida. Para Mousquer, Leão, Kepler, Piccinini & Lopes (2014), o bebé prematuro “encontra-se biologicamente imaturo para a vida extrauterina, necessitando portanto de um ambiente onde possa se desenvolver e amadurecer”.

No turno da tarde, a enfermeira de referência ficou responsável pelos cuidados ao “Tomás”, sendo a primeira vez que ela e eu interagíamos com o RN/família. A mãe estava junto do “Tomás” pela primeira vez, pois só nesse dia tinha tido alta, com um fôlego triste e preocupado.

Para estabelecer uma ligação com a mãe, promovendo um ambiente seguro e afetivo (Diogo, 2015), esbocei um ligeiro sorriso e identifiquei-me. Expliquei o contexto académico em que me encontrava e que estaria a prestar cuidados ao “Tomás” durante esse turno, revelando a minha disponibilidade para a mãe e para o RN (Diogo, 2015), empatia e uma sensibilidade vigilante para com o estado emocional da mãe, visando a promoção de uma melhor adaptação da mãe à situação.

Os pais destes RN’s apresentam um conjunto de necessidades específicas, que vão desde a necessidade de informação e de apoio, à necessidade de confiar e de sentir que confiam em si, pelo que iniciei uma conversa com a mãe para identificar as suas necessidades e conseguir fornecer estratégias para se adaptar a essas necessidades.

A mãe do “Tomás” transporta consigo emoções negativas de medo, tristeza, sofrimento, ansiedade, revolta, impotência e culpa, mas também preocupação por necessidade de reestruturação familiar, visto ter outra filha.

A chegada de um filho prematuro é uma experiência extremamente desgastante e desafiadora e é neste contexto que o EESCJ, perante a necessidade de suporte nos processos de transição, tem um papel preponderante, implementando intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas. A natureza dos atos dos EESCJ vai proporcionar uma proximidade com os pais/RN, contribuindo para o alívio do *stress* face à situação.

Durante o período de conversa proporcionado, foi feito o acolhimento ao serviço, explicando e esclarecendo dúvidas, dando informações claras e sinceras sobre a situação do “Tomás” e demonstrando afeto (Diogo, 2015).

Na tentativa de envolver a mãe nos cuidados, foi explicado que seria necessário prestar cuidados de conforto ao “Tomás” trocando a fralda e alimentando-o, negociando com a mãe se pretendia participar nos cuidados ao filho, ao que a mãe, embora receosa disse que sim. Durante os cuidados ao RN, incentivei a mãe a utilizar os sentidos para se relacionar com o seu filho, tocando na criança para transmitir conforto e tranquilizando-se a si própria, cantando e falando baixinho, o que contribui na mãe para um desenvolvimento de confiança e de suporte na equipa de enfermagem (Diogo, 2015).

A participação dos pais nos cuidados encontra múltiplos benefícios, dos quais se salientam a satisfação parental, o reforço de laços familiares, a diminuição da dor, o desenvolvimento da criança e a satisfação da equipa de enfermagem (Cushing, 2005).

Vários autores têm caracterizado o nascimento prematuro como um evento de *stress* para todos os elementos da família do RN. Para Cahmi (2005), o nascimento prematuro pode ser considerado um evento potencialmente traumático para o irmão do bebê (citado por Mousquer et al., 2014), rompendo com a previsibilidade de seu mundo familiar. Assim, questionou-se entretanto a mãe sobre o comportamento emocional da outra filha perante o conhecimento de ter o irmão internado na UCIN.

A mãe referiu que a criança se encontrava com o pai na sala de espera da UCIN e o que fez relembrar da menina “Ana” que estava à entrada da UCIN quando entrei no serviço para realizar o turno. Segundo a mãe, a “Ana” não compreendia porque não podia ver o irmão, tendo dificuldade em compreender o evento de crise vivenciado na família pois criou uma “expectativa com relação à chegada do bebê e, de repente, a mãe volta para casa sem barriga e sem bebê” (Mousquer et al, 2014, p. 528).

A chegada de um novo membro à família é motivo de felicidade e expectativa na família, mas a situação pode ficar tensa quando o RN não volta para casa logo depois do parto. Em 2005, no seu estudo, Morsch e Delamonica (2005) afirmam que os pais têm a necessidade de se doar mais para o filho que está internado do que para os outros que estão em casa.

Essas mudanças no dia-a-dia geram sentimentos de ansiedade, fantasia medo e dúvidas nos irmãos mais velhos, frequentemente manifestadas por questões dirigidas aos pais: "Por que ele nasceu antes do tempo? Quanto tempo ele vai ficar no hospital?"

Quando ele vai vir para casa? Ele vai morrer? Ele vai poder brincar?" (Kleiber, Montgomery, & Craft-Rosenberg, 1995, citado por Mousqueur et al., 2014).

As crianças sem perceberem o motivo para não verem o irmão, tendem a imaginar situações exageradas sobre a doença, tratamento e hospitalização, através daquilo que captam e ouvem das conversas dos pais e/ou outros adultos (Hockenberry & Wilson, 2014). No novo cenário familiar verifica-se que é comum o irmão apresentar medo de perder o amor parental, insegurança em relação às mudanças na vida familiar, ambivalência em relação aos pais, bem como sentimentos de frustração e tristeza por ter de deixar o bebé no hospital (Morsch & Braga, 2003, citado por Mousqueur, 2014).

Cada vez mais se preconiza a visita dos irmãos aos RN's, indo ao encontro à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica em que se integram os cuidados não traumáticos, que assentam em três princípios fundamentais: evitar ou minimizar a separação da criança da família, promover uma sensação de controlo e evitar ou minimizar lesões e dores (Hockenberry & Wilson, 2014).

A literatura atual revela que as visitas dos irmãos são benéficas para o RN, para os pais e para eles próprios no entanto, tal como para a cirurgia, as crianças devem ser preparadas previamente e de forma individualizada a cada caso. De acordo com Beavis (2007) as crianças que visitam uma UCIN sem preparação prévia vão enfrentar um ambiente stressante, ruidoso e movimentado, repleto de pais ansiosos e enfermeiros preocupados, com o qual não sabem como lidar, pelo que se torna fundamental prepará-los para esse momento para não provocar um desequilíbrio emocional.

Nesta UCIN os irmãos podem visitar o RN dois dias por semana para conhecer e interagir com o irmão, em horário estipulado e sempre acompanhados por um dos progenitores, mas não existe um programa estruturado de preparação para o irmão visitar o RN, no entanto, está presente na equipa de enfermagem a necessidade de se efetuar essa preparação e, por isso, sempre que um irmão vem visitar pela primeira vez um RN, os pais informam a equipa de enfermagem, que acolhe a criança na entrada da unidade e providencia explicações sobre o que a criança irá enfrentar.

Para garantir e adequar o tipo de suporte familiar (competência E2.5.4. do EESCJ) foi tido em conta que os irmãos saudáveis também devem ser incluídos nas intervenções dos enfermeiros, o que permite a aproximação desses irmãos à realidade como também aos pais, além de trazer-lhes maior sensação de ser útil, a partir de seu envolvimento com o tratamento do irmão (Bezerra & Veríssimo, 2002).

Assim, explicou-se à mãe que se os pais tivessem vontade de a "Ana" visitar o irmão, poderia ser feita uma preparação prévia programada com os pais, tendo a mãe

assentido com a visita. Após o consentimento da mãe, fui interagir com a “Ana” na sala de espera da UCIN, onde a mesma estava a brincar com a sua boneca quando a interpelei.

Apresentei-me e coloquei-me à sua altura, começando por elogiar a sua boneca e a brincar com ela, o que permitiu um início de relação com o intuito de procurar saber quais as suas necessidades e garantindo espaço para que pudesse expressar seus sentimentos, emoções e pensamentos.

A “Ana” manifestou curiosidade por saber onde estava o irmão e o que estava a fazer, tendo ainda expressado saudades da mãe, tristeza por não poder dar um beijinho ao “Tomás” e sentimento de culpa por não ter ajudado mais a mãe em casa, o que poderá ter levado o irmão a ficar doente.

Um dos aspectos que mais influenciam o estado emocional do irmão é a separação entre ele e a mãe e sabe-se que o pai pode proporcionar uma continuidade de cuidados e prover o reabastecimento emocional à criança (Cahmi, 2005, (citado por Mousquer et al., 2014).

Foi mobilizada a estratégia de elaborar um desenho sobre a hospitalização do irmão, solicitando à “Ana” que fizesse um desenho para colocar junto da incubadora do “Tomás” para que ele sentisse que a irmã estava ao lado dele. Este desenho forneceu a oportunidade para que a “Ana” exprimisse os seus sentimentos e emoções. Enquanto a “Ana” fazia um desenho para o irmão, regressei para junto do RN e da sua mãe, que se encontrava acariciar o seu filho.

Após a reflexão realizada compreendo que os CCF devem incluir não só os pais mas também os irmãos nos cuidados, considerando que estes são essenciais na vida do RN, e que a reciprocidade de sentimentos e influências entre os diferentes elementos da família afeta o estado da criança hospitalizada, devendo o EESCJ capacitar a criança em idade escolar/jovem e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação.

### **Jornal de aprendizagem n.º 3 – *A gestão das emoções na consulta de preparação para a cirurgia à criança e sua família***

A doença e a hospitalização constituem uma situação de crise tanto para a criança/jovem, como para a família, pois coaduna com uma complexidade de eventos somáticos, psicológicos, relacionais e sociais. A experiência familiar de ida ao hospital pode ser prejudicial ou pode tornar-se numa fonte de crescimento e maturação, consoante os fatores envolvidos. A enfermagem é por excelência a profissão do cuidar, prestando cuidados ao ser humano ao longo da sua vida, desta forma, a criança/jovem e sua família são alvo dos cuidados prestados pelo enfermeiro. Uma das situações em que o enfermeiro desempenha um papel primordial nos cuidados à criança/jovem e sua família é quando existe necessidade de uma cirurgia programada, tornando-se imperioso o conhecimento aprofundado sobre como a criança/jovem e sua família vivenciam este momento de transição na sua vida.

Chick & Meleis (1986) expõem que as transições recaem no domínio da enfermagem, quando elas são pertinentes à saúde ou doença, ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados à saúde. Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado realizadas pelo enfermeiro a uma criança/jovem e sua família em situação de transição inserem-se na compreensão da transição, a partir da perspetiva de quem a experiencia e identificação das necessidades para os cuidados com essa abordagem (Zagonel, 1999).

A preparação para a cirurgia fornece à criança/jovem e sua família competências para lidar/enfrentar as reações emocionais inerentes ao evento de crise vivenciado, uma vez que para a criança e sua família o medo do desconhecido é sempre superior ao medo do que conhece. Uma preparação para a cirurgia dirigida às necessidades identificadas pelo enfermeiro em cada família, ajuda a transformar uma situação de crise da cirurgia na criança, num potencial de crescimento, pela oportunidade que a criança/jovem e família tem de se desenvolver cognitiva e emocionalmente, aprendendo e adquirindo recursos para lidar com crises similares no futuro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

No âmbito do estágio na CPC, tive a oportunidade de acompanhar e participar ativamente em várias situações distintas de consulta a crianças/jovens e suas famílias mas irei reportar-me a uma situação específica em que “tomei a rédea” da consulta com uma supervisão apenas na retaguarda.

Nesse dia, após a consulta de anestesia, é atendida na consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia o “Afonso” (nome fictício), uma criança, do género masculino, de 9 anos e raça caucasiana, acompanhada pela sua mãe, para cirurgia a quisto na região infra-auricular à direita, em regime de ambulatório. Chamei o “Afonso” para atendimento e recebi-o e à mãe à porta do gabinete, apresentando-me pelo nome e apresentando-me também. O “Afonso” dá entrada no gabinete de mão dada com a mãe e à entrada no gabinete a criança apresenta uma expressão facial e corporal de descontracção mas a mãe demonstra através da sua postura e da sua expressão facial alguma ansiedade, apreensão e receio.

Durante a fase inicial de acolhimento é explicado ao “Afonso” e à sua mãe que a consulta de anestesia é composta por dois momentos, primeiro pela consulta médica e em seguida pela consulta de enfermeira, cujo objetivo é clarificar os conhecimentos sobre a cirurgia a que a criança será submetida e quais os procedimentos peri-operatórios, desmistificando e esclarecendo dúvidas.

Entre os 7 e os 11 anos, os pais de crianças com necessidade de cirurgia programada devem informar a criança sobre a necessidade de cirurgia pelo menos uma semana antes, para que a criança possa ter oportunidade de colocar questões e falar sobre as suas preocupações/receios, devendo os pais ser honestos e diretos sobre o que irá acontecer (OE, 2011), pois de acordo com Piaget esta idade corresponde ao estadio operatório concreto, em que a criança começa a desenvolver o seu pensamento lógico e tem dificuldade em compreender questões de natureza abstracta. Para Piaget, na idade escolar as crianças têm alta capacidade no uso da lógica e da compreensão de eventos; elas podem compreender a gravidade da situação ao seu redor e entender o impacto de vários stressores sobre elas mesmas e sobre os outros (Andraus et al, 2012).

Comecei então por validar os conhecimentos do “Afonso” sobre a cirurgia a que será submetida e sobre o que já lhe foi explicado pela mãe. O “Afonso” demonstra-se uma criança muito comunicativa, com uma linguagem e capacidade de raciocínio adequado ao seu estágio de desenvolvimento e com uma correta noção do tempo, explicando claramente qual a cirurgia a que será submetido e quando será a data da cirurgia.

Durante a consulta constatei que a mãe foi informando o “Afonso” em casa sobre o procedimento a que seria submetido e que o incentivou a colocar todas as questões, dúvidas e preocupações à enfermeira no momento da CPC.



Foi validada a informação fornecida pela criança, promovendo e apoiando a expressão e verbalização dos sentimentos e dúvidas, questionando o “Afonso” sobre quais as suas dúvidas e preocupações, referindo o mesmo que as suas principais dúvidas são: se vai estar sempre acompanhado pela mãe, se terá dor durante os procedimentos, se poderá acordar durante a cirurgia e se poderá ir à escola após a intervenção cirúrgica. Nesta fase, é evidenciada a preocupação e medo do desconhecido pela criança, que até esta altura se encontrava com um ar descontraído.

Estas dúvidas colocadas pela criança vão de encontro ao esperado para a sua idade e desenvolvimento, pois de acordo com Lelord e André (2002), para crianças desta idade os seus medos normais passam pelo mau rendimento escolar e por se impressionarem facilmente pelo que ouvem e pelo que veem. Segundo estudos de Moro & Módolo (2004) a partir dos 6 anos as crianças têm uma boa tolerância à separação dos pais e demonstram capacidade de compreender situações e a criança precisa de participar dos seus cuidados para manter uma sensação de controlo (Moro & Módolo, 2004).

Após as dúvidas colocadas, começou-se por elucidar o “Afonso” por cada uma delas individualmente. O “Afonso” é informado sobre a permanência da mãe junto a ele em todo o circuito perioperatório, acompanhando-o desde a admissão até ao bloco operatório e no recobro, à exceção do momento em que é anestesiado e adormece, na sala de operações. A presença dos pais junto da criança transmite à criança/jovem segurança e tranquilidade, promovendo um ambiente seguro e reduzindo a ansiedade da criança/jovem.

É explicado ao “Afonso” que estará sempre a dormir durante a anestesia, pois ser-lhe-á administrada terapêutica para esse efeito através de um acesso venoso periférico e de um soro que lhe será colocado quando entrar na sala de operações, desmistificando o seu receio de poder acordar durante a cirurgia, como o próprio refere visualizar em filmes.

É questionado o “Afonso” e a sua mãe sobre experiências prévias de hospitalização, tendo o mesmo referido que não existiram. Neste momento, através da interação, utiliza-se a demonstração da aplicação do penso EMLA na mão da criança e qual o objetivo do mesmo, que será aplicado na admissão na Unidade de Intervenção Ambulatória (UIA), e mostra-se e permite-se que a criança manuseie no cateter e no soro que lhe será colocado na sala de operações, capacitando o “Afonso” para mecanismos de adaptação ao material hospitalar que será utilizado. Nesta altura, tanto

a mãe como o “Afonso” demonstram, na sua expressão facial e confronto olhos nos olhos entre os dois, ter ficado mais tranquilos.

Seguidamente, é explicado através da visualização de um vídeo (“Visita guiada à UIA – consulta de preparação para a cirurgia”) e da brincadeira lúdica, qual o circuito perioperatório, como se efetuará o transporte da criança e quem o poderá acompanhar até à entrada do Bloco Operatório, como estarão vestidos os profissionais no Bloco Operatório, qual o local onde irá acordar e quem estará junto a ele quando acordar e é informado sobre a administração de um medicamento pré-anestésico (Midazolam + Droperidol) antes de ir para o Bloco Operatório.

Esta visualização do vídeo e o brincar terapêutico permitiu-me interagir mais facilmente com a criança e o “Afonso” conseguiu superar e verbalizar os seus medos e colocar algumas questões, pois algumas informações ainda não tinham sido fornecidas, nomeadamente, sobre o que deverá levar para o Hospital no dia da cirurgia. O brincar foi então utilizado como ponte de comunicação facilitadora na comunicação entre o enfermeiro e a criança pois permite adotar uma atitude descontraída e natural e para um ambiente informal. Através da brincadeira a criança consegue compreender o mundo que a rodeia, pois é um meio efetivo e poderoso que facilita a passagem de um estado passivo para um estado ativo onde controla e estabelece as regras, possibilitando o fluir da sua imaginação e sentimentos e exprimindo esses exprimem-se sentimentos, emoções e ansiedades que dificilmente são expressas de outra forma.

Após a criança colocar as questões, forneceu-se então um folheto informativo à criança e sua mãe, sobre os cuidados a ter antes e depois da ida ao bloco (“O meu filho/a vai ao Bloco Operatório”), nomeadamente sobre a necessidade de respeitar os cuidados no pré-operatório: jejum de 6 horas antes da hora de estar no Hospital para a realização da cirurgia, quais os cuidados de higiene a ter na véspera ou no dia da cirurgia e quais os objetos a levar no dia da cirurgia, nomeadamente o pijama, chinelos, brinquedos ou outros objetos para distração no período pré e pós-operatório que estiver na UIA e do seu brinquedo/objeto significativo que o poderá acompanhar durante todo o circuito peri-operatório.

O “Afonso” a sorrir informa logo a mãe que se fará acompanhar pelo seu peluche preferido e com o qual costuma adormecer.

Neste momento abordo a mãe questionando sobre a composição familiar e hábitos de vida da criança (hábitos lúdicos, escolares e de alimentação), sendo este o momento em que me apercebo que o “Afonso” está à guarda legal da avó materna, que

a mãe está em processo para readquirir a guarda legal da criança e que o “Afonso” tem pouco contacto com o seu pai.

A mãe é informada de que a criança pode estar acompanhada pelos dois progenitores e que se trata de uma decisão familiar e da criança de quem deverá acompanhar a criança no dia da cirurgia.

Após todas as explicações prévias, dou resposta à dúvida do “Afonso” sobre se irá sentir dor e começo por elucidar que lhe serão administrados medicamentos para que não sinta dor mas que para avaliar bem a dor, a equipa de enfermagem necessita que o “Afonso” consiga quantificar a sua dor.

É efetuada uma colheita de história da dor e instrui-se e treina-se o “Afonso” sobre a escala de avaliação da intensidade da dor – escala numérica.

Após o treino da escala da dor antecipo ao “Afonso” quais os cuidados essenciais no pós-operatório (dieta adequada, a presença de penso no local operado, o controlo da dor no domicílio, a possibilidade de ir à escola e o momento de realização da consulta de pós-operatório).

No final da consulta é avaliada a tensão arterial do “Afonso” e permite-se que a criança coloque as dúvidas/questões que ainda não foram esclarecidas, ao que o “Afonso” e a sua mãe referem não ter mais questões e estarem mais tranquilos no final da consulta de enfermagem.

A reflexão sobre esta consulta ao “Afonso”, permitiu-me confirmar a importância da preparação para a cirurgia na diminuição do impacto potencialmente traumático da crise (transição) que a cirurgia representa para a criança/jovem e sua família, validar a utilização de estratégias adequadas (brincadeira lúdica, modelagem, vídeos informativos, a distração...) para minimizar a ansiedade da criança/jovem e sua família e ajudar a experimentar uma sensação de controlo da realidade, promovendo o bem-estar e equilíbrio fundamentais nesta transição saúde-doença.

Através desta reflexão considero ter sistematizado alguns princípios e técnicas a utilizar futuramente em consultas de preparação para a cirurgia e ter ajudado o “Afonso” a envolver-se no evento crítico que vai vivenciar, tomando conhecimento e reconhecendo a experiência da transição (Meleis, 2010).

A participação na CPC implicou conhecimentos e competências específicas para o estabelecimento de uma parceria de cuidados efetiva com o binómio criança/família, promovendo a parentalidade, utilizando estratégias de preparação de acordo com a idade, nível de desenvolvimento cognitivo da criança, experiências hospitalares

vivenciadas previamente, o tipo de cirurgia e o período certo para ser realizada e efetuar uma gestão da dor, o que implica que esta consulta seja feita por um EESCJ.

Considero que perante a consulta a uma criança desta idade, e de acordo com a OE (2011), a mesma deveria ter sido realizada com um intervalo de superior a 5 dias para que a criança tivesse tempo de assimilar o conteúdo de toda a informação fornecida, facilitando o progresso para uma perante o evento da hospitalização, o que não sucedeu (apenas 2 dias antes da cirurgia), mas isto decorre da consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia estar no âmbito da consulta de anestesia.

Através da participação na consulta e desta reflexão sobre a mesma considero ter ido ao encontro das competências do EESCJ, nomeadamente, “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Diário da República [DR], 2011, p. 8655), através de uma colheitas de dados sobre história da dor, pelo ensino à criança na utilização e treino de escalas de avaliação da dor, bem como à competência E2.4. “providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (idem), nomeadamente através dos conhecimentos manifestados perante o circuito perioperatório e os cuidados a ter no pré e pós-operatório, mas também pela utilização do brincar terapêutico e comunicação adequada ao estadio de desenvolvimento cognitivo da criança.

A CPC concorre numa das condições facilitadoras para o processo de transição vivenciado, indo de encontro à condição referida por Meleis (2010) de preparação e conhecimento (a antecipação facilita a experiência da transição, enquanto a falta de preparação é um fator inibidor).

A CPC implicou a mobilização de estratégias definidas por Diogo (2015) no seu estudo sobre o trabalho com as emoções em pediatria, nomeadamente a estratégia de gerir as emoções dos clientes antecipadamente, pelo recurso a explicações/informações, visualização de filmes e brincadeira lúdica, permitindo a modificação de estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar da criança e família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), pp. 373-382.
- Alves, E., Dessunti, E. M. & Oliveira, M. A. C. (2013). O pensamento reflexivo na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3 (3), pp. 47-53.
- Andraus, L. M. S., Minamisava, R. F., & Munari, D. B. (2004). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Pediatria Moderna*, 40 (6), 242-246. Disponível em [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2846&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2846&fase=imprime).
- Barroso, M. J., Ferreira, G. C., Machado, M. d., & Lemos, P. S. (2003). Referenciação Pediátrica - Que Realidade? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (2), pp. 89-93.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bezerra, S., & Veríssimo, M. (2002). A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: uma análise da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros pediatras*, 1 (2), pp. 29-35.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn, *Nursing research methodology: issues and implementation* (pp. 237-257). Rockville: Aspen Publishers.
- Cushing, J., A. (2005). Parent participation in care: bridging the gap in the pediatric ICU. *Newbornand Infant Bursing Review*, 5 (4), 179-187.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na urgência pediátrica. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%A2ncia%20Pedi%C3%A1trica.%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência.

- Lelord, F. & André, C. (2002). *A força das emoções*. Cascais: Pergaminho.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moro, E. T., & Módolo, N. S. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54 (5), 728-728.
- Morsch, D., & Delamonica, J. (2005). Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: “Lembraram-se de mim!”. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3), 677-687.
- Mousquer, P. N., Leão, L. C. d. S., Kepler, D. F., Piccinini, C. A. & Lopes, R. d. C. S. (2014). Mãe, cadê o bebê? Repercussões do nascimento prematuro de um irmão. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31 (4), 527-537. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000400007.44>.
- Oelofsen, N. (2012). Using reflective practice in frontline nursing. *Nursing Times*, 108 (24), pp. 22-24. Disponível em <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/06/08v/f/I/120612-PrDisc-reflect.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Ordem dos enfermeiros.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8653-8686.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11, pp. 59-62.
- Soveral, M. M. (1996). *O sujeito em formação - desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da relação pedagógica*. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências e Tecnologia (Mestrado em Ciências de Educação/Educação e Desenvolvimento), Lisboa. Disponível em [http://run.unl.pt/bitstream/10362/284/1/soveral\\_1996.pdf](http://run.unl.pt/bitstream/10362/284/1/soveral_1996.pdf).
- Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana Enfermagem*, 7 (3), 25-32.



## **Apêndice VII**

Atividades de formação enquanto formanda  
ocorridas durante os estágios







**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

---

## **Atividades de formação enquanto formanda ocorridas em estágio**

---

Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis, nº 4806

Orientação:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Lisboa

## NOTA INTRODUTÓRIA

O estágio de um enfermeiro em contexto do CMEESIP é um conjugar de novos conhecimentos com a sua anterior e/ou atual experiência profissional, sendo a realização de encontros de enfermagem fundamental para a atualização de conhecimentos e partilha de práticas de enfermagem. Pretende-se evoluir numa profissão que é uma ciência mas também uma arte, e para isso devemos ser detentores de experiências baseadas na evidência, o que contribuirá para uma excelência na prestação de cuidados.

Neste apêndice VII serão apresentadas as duas atividades de formação experienciadas enquanto formanda ao longo dos estágios, tendo por base uma prática reflexiva para cada atividade e qual o contributo que cada atividade trouxe para a aquisição de competências de EESCJ.

Este apêndice está organizado por ordem temporal de realização dessas duas atividades e para cada atividade foi dado um título a para ser mais fácil a sua compreensão e leitura:

- Atividade n.º 1 – “IV Encontro de Benchmarking” (uma iniciativa da MCEESIP da OE): participação e coautoria da comunicação livre: “Telefonema de acompanhamento pós-alta à criança e à família”;
  - Atividade n.º 2 – Participação no “Iº Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento”.
-

**Atividade n.º 1 – “IV Encontro de Benchmarking”** (uma iniciativa da MCEESIP da OE): participação e coautoria da comunicação livre “Telefonema de acompanhamento pós-alta à criança e à família”

## **1. Fundamentação:**

A MCEESIP da OE organizou o IV Encontro de Benchmarking com o objetivo de dar a conhecer a todos os enfermeiros especialistas experiências de sucesso dos EESCJ nas várias áreas de atuação que pudessem servir de modelo e serem replicadas noutros serviços. O intuito deste encontro seria a promoção de intercâmbio de experiências entre os seus autores e os participantes no encontro para uma promoção da melhoria da qualidade de cuidados à criança/jovem, com ganhos em saúde para as crianças/ famílias e, consequente, maior visibilidade para a profissão e para a área de especialização.

A organização do encontro daria prioridade à discussão e aprofundamento de projetos que fossem de encontro ao referencial dos PQEESCJ (promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, satisfação da criança/jovem, adaptação às condições de saúde e organização dos cuidados de enfermagem) e para isso solicitou a candidatura para partilha desses projetos até 30 de julho de 2013. Considero que a minha presença neste evento se encaixou perfeitamente nos objetivos que delineei inicialmente para o meu percurso formativo enquanto futura EESCJ, proporcionando-me novos conhecimentos que conduzem a práticas de excelência no cuidado da criança e do jovem, sensibilizando-me ainda para novas áreas de intervenção do EESCJ.

## **2. Planeamento:**

No serviço de internamento de pediatria onde desempenho funções e do qual sou enfermeira responsável, existe um projeto elaborado por uma EESCJ no decurso do seu CMEESIP, intitulado “Telefonema de acompanhamento pós-alta à criança e à família”. Este projeto foi dado a conhecer à OE em julho de 2012, nomeadamente aos gestores do PPQCE e encontra-se efetivamente implementado no serviço desde o dia 01 de janeiro de 2013.

Assim, em articulação com a enfermeira autora do projeto decidimos candidatar-nos à apresentação de uma comunicação livre neste encontro para divulgação do nosso PMCQCE no serviço de internamento pediátrico de um hospital privado, tendo para isso elaborado e enviado um resumo para a OE, o qual foi aceite. Nos anexos I e III apresentaram-se o programa do referido encontro e o certificado de experiência formativa, no apêndice VIII apresenta-se o resumo enviado e no anexo II a respetiva ficha de candidatura.

### **3. Execução:**

O evento decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2013 no Auditório do complexo escolar da ESEL e da Escola superior de tecnologia da saúde de Lisboa, no Parque das Nações. O projeto foi apresentado pela EESCJ autora do mesmo, no painel enquadrado na prevenção de complicações.

### **4. Síntese das palestras mais relevantes:**

Como se verifica no programa do encontro (Anexo I), várias foram as temáticas abordadas mas apenas será apresentada uma breve síntese das três que suscitaram mais interesse e se consideraram mais relevantes para a aquisição de competências enquanto futura EESCJ.

1.<sup>a</sup> Palestra: *Projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem – Foco, atenção, dor – em contexto de urgência pediátrica/unidade de cuidados especiais pediátricos/internamento de pediatria* (apresentada por EESCJ do Hospital de São Francisco Xavier)

Nesta palestra a EESCJ apresenta um PMCQCE em que o foco se centra na prevenção e controlo da dor em crianças. Para os enfermeiros, o controlo da dor assume-se como uma exigência ética e um indicador de qualidade de boas práticas. A todos os indivíduos assiste o direito de controlo da sua dor, tornando-se ainda mais imperioso nas crianças, seres indefesos a que se pretende poupar todo e qualquer sofrimento.

Com base numa procura permanente da excelência do exercício profissional, os enfermeiros dos serviços de internamento de pediatria e urgência pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier integraram um PMCQCE por notarem a presença de uma

elevada taxa de prevalência de crianças com dor, por consequência de implementação de intervenções interdependentes para diagnóstico e/ou tratamento, bem como por uma diversidade de práticas de prestação de cuidados de enfermagem, de prevenção e controlo da dor. Após a implementação do PMCQCE os resultados traduziram-se numa consensualização na utilização dos instrumentos de avaliação da dor preconizados, na colheita da história de dor em todas as crianças no momento da avaliação inicial das mesmas, numa avaliação da intensidade da dor em todas as crianças e também num aumento significativo de práticas de reavaliação da dor após intervenção de medidas não farmacológicas.

Através desta palestra reconheceu-se o papel importante que o EESCJ tem na maximização do bem-estar da criança/jovem e na garantia de processos de cuidados promotores das suas capacidades de autocuidado (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011) e que a implementação de um PMCQCE se configura como uma estratégia que remete para práticas de excelência na salvaguarda do superior interesse das crianças/jovens e suas famílias.

## 2.ª Palestra: *Intervenção precoce* (apresentada por EESCJ de uma ELI em Braga)

Nesta palestra o EESCJ apresenta o percurso da implementação de um programa de intervenção precoce numa ELI no norte do país e quais os benefícios que o mesmo trouxe para a população a que dá resposta.

Desde o final dos anos 80 que em Portugal se têm multiplicado as equipas de IPI em todo país.

Assim, em 2009, foi criado ao abrigo de um decreto-lei publicado em Diário da República o SNIPI, cuja missão será garantir a IPI e implementar um “conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Diário da República [DR], 2009).

A intervenção precoce junto de crianças com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do seu corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento, constitui um instrumento político de grande alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos em que se irão tornar (DR, 2009).

O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação em atividades típicas para a idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas

famílias, e na sua estrutura estão envolvidas as vertentes de educação, saúde e ação social.

A operacionalização do SNIPI pressupõe assegurar um sistema de interação entre famílias e instituições e, numa primeira linha, as instituições da área da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados.

Com vista a uma maior proximidade junto das populações, estão criadas ELI's, multidisciplinares, que desenvolvem a sua atividade ao nível municipal e que devem acionar os mecanismos necessários à definição de um PIIP atento às necessidades das famílias. As ELI'S são constituídas por equipas pluridisciplinares com base em parcerias institucionais e envolvem vários profissionais, nomeadamente enfermeiros, preferencialmente EESCJ.

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança, é essencial promover o bem-estar das crianças e das famílias, assegurando a resposta às suas necessidades específicas. As responsabilidades decorrentes da assistência em todas as medidas deverão ser adequadas para que, à criança, seja garantida proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e os deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo, ao longo do seu desenvolvimento (Unidas, 1990).

De acordo com um modelo transdisciplinar em intervenção precoce, para se alcançarem as necessidades da família de uma criança com necessidades especiais, no âmbito da IPI centrada na família é necessária uma abordagem por uma equipa transdisciplinar que tem em conta o desenvolvimento da criança como um todo complexo em que o contexto tem uma importante influência, procurando um funcionamento de equipa que vá ao encontro das boas práticas em IPI e delineando um plano de intervenção coerente e comum a todos, implementado a um único profissional.

Não é possível enumerar todas as situações de crianças/jovens em risco ou com necessidades especiais, nem estabelecer um programa único de atuação, mas deve-se definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades.

Assim, cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados e o EESCJ tem, desta forma, um papel preponderante nestas equipas por deter competências para implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, por ter a capacidade de gerir a reinserção social da criança/jovem e por ter a competência para

diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (Diário da República [DR], 2011b).

3.ª Palestra: *Preparação para a cirurgia da criança, jovem/família enquanto PMQCE* (apresentada por EESCJ da Consulta externa de pediatria do Hospital Dona Estefânia)

Nesta palestra a EESCJ apresenta um PMQCE no âmbito de uma consulta de enfermagem realizada no contexto da consulta de anestesia e que se centra na temática do projeto elaborado para o decurso do estágio.

Na palestra foram apresentados os resultados de satisfação da criança e família perante a consulta de enfermagem para preparação para a cirurgia eletiva, que ocorre quando a criança recorre à consulta pré-operatória de anestesia.

Esta palestra foi importante por demonstrar o que está a ser feito atualmente na CPC e quais os objetivos do projeto que têm implementado e, sendo um local onde se realizaria um dos campos do estágio, trouxe contributos para mais facilmente definir os objetivos e as atividades a desenvolver nesse estágio.

Foi realçado que a hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica são sempre experiências estranhas e assustadoras para a maioria das pessoas, especialmente para as crianças, sendo “a experiência da criança submetida a cirurgia programada (...) uma vivência individual, não descurando o binómio criança/família” (Teixeira & Figueiredo, 2009, p. 7).

Para a família que acompanha a criança, a ansiedade ainda é maior, já que esta pode reconhecer os perigos que circundam o evento, como ele será exatamente e suas possíveis implicações posteriores e implica um processo de transição de acordo com o metaparadigma de Meleis.

Através de uma CPC, o EESCJ dota a criança/jovem e família de mecanismos de adaptação por forma a favorecer o desenvolvimento de competências que permitam um maior controlo do medo do desconhecido, da ansiedade e das complicações no pós-operatório, através do recurso à brincadeira terapêutica.

Na palestra são apresentados os resultados de satisfação da criança e família que decorrem da consulta de preparação para a cirurgia eletiva, que ocorre quando a criança recorre à consulta pré-operatória de anestesia.



## **Atividade n.º 2 – Participação no “Iº Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento”**

### **1. Fundamentação:**

A prestação de cuidados de enfermagem a crianças prematuras com necessidade de internamento em UCIN tem por finalidade, entre outras, a promoção do bem-estar e a prevenção de complicações.

Ajudar os pais a cuidar do RN, procurando torná-los autónomos e prepará-los para o levarem para casa, é um dos aspetos fundamentais que os enfermeiros e toda a equipa multidisciplinar que trabalham em UCIN privilegiam, atendendo a uma filosofia de cuidados centrada na família.

Assim, cabe ao enfermeiro deter conhecimentos científicos e respeitar os princípios para a prática de cuidados centrados no desenvolvimento infantil, nomeadamente, naqueles que se dirigem para a compreensão do comportamento do RN prematuro e para a sua autonomia, pois é o profissional que se encontra 24 horas por dia junto do RN e família.

### **2. Planeamento:**

Após iniciar o estágio na UCIN foi tomado conhecimento sobre o evento, organizado pelo Centro hospitalar de Lisboa ocidental, Hospital Garcia de Orta, Hospital Fernando Fonseca e ESEL, tendo por tema central "Cuidar para o Desenvolvimento" e que o mesmo ocorreria no período de estágio a realizar nesse contexto formativo.

Considerou-se importante estar presente no mesmo para adquirir e consolidar conhecimentos nessa área, para ir de encontro a uma das competências do enfermeiro especialista “D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Diário da República [DR], 2011a).

Foi feita a inscrição no referido evento no final de outubro de 2013, após se ter consultado o programa científico do mesmo e que se apresenta no anexo IV.

### **3. Execução:**

O evento decorreu nos dias 15 e 16 de novembro de 2013 no Auditório do edifício escolar do Hospital de São Francisco Xavier, mas apenas se esteve presente no primeiro dia deste encontro (15 de novembro).

### **4. Síntese das palestras mais relevantes:**

Como se verifica no programa do Encontro (Anexo III), várias foram as temáticas abordadas (acolhimento e promoção da parentalidade, cuidar no quotidiano, gerir a dor e o sofrimento, planear uma nova etapa e apoiar na comunidade) mas apenas será apresentada uma breve síntese das duas que se consideraram mais relevantes para a aquisição de competências para EESCJ.

#### **1.ª Palestra: *Promovendo a parentalidade* (apresentada por EESCJ da UCIN do Hospital Dr. Fernando da Fonseca)**

Nesta palestra a temática abordada foi a promoção da parentalidade nos pais de RN prematuros e internados em UCIN.

O ser humano ao longo do seu ciclo de vida vivencia vários momentos de transição, normalmente precipitados por um determinado acontecimento, como o nascimento de um filho, por exemplo. Esta transição pode ser desejada e planeada ou poderá ser alheia à vontade do mesmo.

A parentalidade é assim um evento marcante na vida do ser humano que, pela complexidade e exigência, implica mudanças, reestruturação na sua vida e, em toda a dinâmica familiar. De acordo com Vieira (2008) é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para o assumir de um novo papel.

Sendo um processo de transformação individual, conjugal e social (Ramos, 2005), a parentalidade exige uma resposta adequada por parte dos pais, através da qual estes redefinem a sua identidade parental, desenvolvendo competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que vão ocorrendo na vida de uma criança (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por serem os profissionais de saúde mais atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e por melhor os

prepararem para lidar com esses eventos, através da aprendizagem e aquisição de novas competências (Meleis et al, 2000).

O nascimento de um bebé antes do tempo inviabiliza uma saudável transição para o seu papel parental, dificultando a vivência da parentalidade e a adaptação ao novo ciclo de vida.

Numa UCIN os enfermeiros devem prestar cuidados de enfermagem dirigidos às necessidades específicas dos pais, considerando esta dificuldade acrescida como uma dupla vulnerabilidade que os mesmos enfrentam no processo de transição para a parentalidade, por terem um RN prematuro e internado em UCIN.

De acordo com o palestrante, o nascimento de um RN prematuro gera uma crise emocional e acarreta sentimentos de medo, culpa, ansiedade, solidão, aflição, tristeza, insegurança, angústia, rotura e frustração das fantasias parentais, experiências de alienação, perda de controlo e perda de confiança no seu filho, no seu próprio futuro e no seu papel como pais e constituindo-se os pais como um alvo essencial nos cuidados de enfermagem e do EESCJ para uma vivência desse processo de transição

2.<sup>a</sup> Palestra: *Promoção do sono do RN* (apresentada por EESCJ da UCIN do Hospital Garcia de Orta)

Nesta palestra a temática abordada foi a promoção do sono, tendo em conta que um sono adequado é importante tanto em crianças saudáveis como em criança doentes.

O sono é fundamental para um adequado desenvolvimento da criança, dados os mecanismos orgânicos que decorrem durante o mesmo, sendo de salientar a formação das vias cerebrais necessárias à aprendizagem, a importância nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória, e na cooperação com o sistema imunitário.

Numa UCIN, com um ambiente de contínua atividade humana e com níveis de ruído e de luminosidade elevados, o ambiente não é o ideal para um pleno desenvolvimento do RN de pré-termo. Assim, torna-se fundamental que sejam tomadas medidas específicas de conforto que valorizem, respeitem e não perturbem o sono desse bebé.

A palestrante refere que na UCIN onde exerce funções foi criado um procedimento, intitulado “Promoção do sono do RN”, que descreve as medidas gerais para promover o sono do RN, redução do ruído e controlo da luminosidade, bem como a aplicação de uma hora da sesta (das 14 às 15 horas).

## **5. Contributo da participação neste encontro para a aquisição de competências de EESCJ:**

A hospitalização de um filho logo após o nascimento é uma fonte de grande stress para a família, gerando instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar (Pinto, Silva, Cardoso & Beresford, 2008).

Esta hospitalização inevitavelmente conduz ao aparecimento de novas necessidades físicas, emocionais e cognitivas na família. Na maioria das situações os pais, face ao impacto sentido, não estão preparados para dar uma resposta adequada às necessidades do RN, nem às suas próprias necessidades.

Para Meleis et al. (2000), o papel da enfermagem passa pela ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida.

A definição mais comum de transição é de Chick e Meleis, que a consideram como

a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interacção entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta (1986, p. 239-240).

A transição é acompanhada por várias emoções, muitas das quais relacionadas com as dificuldades encontradas ao longo do processo de transição.

A parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou interferir no seu desenvolvimento físico e emocional, causando significantes problemas nas gerações subsequentes. Neste sentido, é fundamental o aumento do conhecimento científico do EESCJ na área da parentalidade com o intuito de que criança, família e sociedade possam beneficiar das influências positivas da mesma.

Compreender que os pais vivenciam transições ao nível da sua parentalidade face ao evento crítico do nascimento de um bebé prematuro, torna-se fundamental para a enfermagem, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis et al., 2000).

O EESCJ tem de estar preparado para agir de forma a minimizar as consequências adjuvantes de uma hospitalização precoce do RN e promover um processo de transição saudável.

Nas UCIN encontram-se bebés em estado crítico protegidos pelas incubadoras, rodeados de complexos equipamentos, a trabalharem a um ritmo constante, expressando a mais avançada tecnologia. O EESCJ deve ajudar os pais a estabelecer uma relação de contato com o filho, dando explicações personalizadas sobre os equipamentos utilizados, rotinas do serviço, estimular o toque e a prestação de cuidados sempre que possível, encorajando sempre a sua permanência junto do RN para reduzir a ansiedade e o medo sentido pela incerteza dos acontecimentos (Jorge, 2004). Cuidar desta família exige sensibilidade e abertura para ouvir, estar com o outro e para o confortar.

Assim, após assistir à primeira palestra referida, foi definido que para a aquisição de competências de EESCJ seria realizada um diário de campo sobre a transição para a parentalidade dos pais de RN prematuros na UCIN onde se efetuará o estágio, reflexão essa que se poderá ler no apêndice E, pois o EESCJ é o profissional dotado de competências diferenciadas/específicas e acrescidas nesta etapa do ciclo de vida, capaz de ajudar e capacitar os pais na vivência desta transição, no sentido de desenvolverem competências para o exercício do seu papel.

O EESCJ tem um papel fundamental na promoção de hábitos de saúde saudáveis ao nível do desenvolvimento infantil e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros “O sono é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação” (2010, p. 84).

O sono é fundamental para um adequado desenvolvimento da criança, dados os mecanismos orgânicos que decorrem durante o mesmo, salientando-se a formação das vias cerebrais necessárias à aprendizagem, a importância nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória, e na cooperação com o sistema imunitário (Soares, 2010).

Na segunda palestra, sobre a promoção do sono do RN, ficou bem patente que numa UCIN os RN são expostos a diversos estímulos, nomeadamente manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de *stress*. No entanto, os RN’s necessitam dos seus períodos de sono respeitados, pois são essenciais para o seu adequado desenvolvimento psicomotor e respetiva regulação biológica (Pinto et al., 2008).

É referido pela palestrante que a equipa de enfermagem da UCIN onde desempenha funções está sensibilizada para respeitar o ciclo de sono do RN, tentando coordenar todas as intervenções da equipa multidisciplinar num só momento e mobilizando técnicas para reduzir o ruído e luminosidade.

Assim, através desta palestra, conseguiu-se reconhecer que o EESCJ tem competência para assistir a criança/jovem na maximização da sua saúde, implementando e gerindo um plano de saúde, promovendo assim, o crescimento e desenvolvimento infantil, nomeadamente na promoção de hábitos de sono saudáveis e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados a estas crianças.

## **CONTRIBUTOS DA ATIVIDADE PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESCJ**

Espera-se que o EESCJ esteja dotado de competências para prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à criança/jovem e família, numa profunda compreensão sobre as respostas humanas da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta, num amplo entendimento da resposta humana em situações específicas, desenhando intervenções de elevado nível de adequação às necessidades da criança e família, potenciando assim ganhos em saúde.

A participação no primeiro encontro e a tomada de conhecimento e consciência dos vários projetos enquadrados nos PQCEESCJ da OE constituiu-se como uma oportunidade de reflexão sobre a qualidade do exercício profissional, pois para um EESCJ “ (...) é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional (...)” (OE, 2011, p. 17).

Através da participação no primeiro encontro conseguiu-se dar resposta a uma das competências exigidas a um EESCJ, nomeadamente “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (DR, 2011a, 8651). Neste encontro apresentou-se um PMQCE implementado no serviço do qual sou responsável e começou-se a idealizar o futuro PMQCE a implementar no serviço (consulta de enfermagem para preparação para a cirurgia), “reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa novos programas de melhoria contínua” (DR, 2011a, p. 8651).

Faz parte integrante da atuação do EESCJ a “resposta na complexidade em áreas diversas (...) mas também (...) [a avaliação da] família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (DR, 2011a, p. 8653), por isso o EESCJ tem de estar preparado para agir de forma a minimizar as consequências adjuvantes de uma hospitalização de uma criança/jovem, promovendo um processo de transição saudável para a criança e sua família.

A participação no segundo encontro permitiu-me o conhecimento de novas realidades e perspetivas de cuidados com as quais tenho tido menos contacto no meu percurso profissional, nomeadamente nos cuidados ao RN prematuro e com

necessidades especiais de cuidados, o que me permitiu desenvolver a competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (DR, 2011b, 8654) e “cuida da criança e família nas situações de especial complexidade” (DR, 2011b, 8654) através do aprofundamento e consolidação de conhecimentos que foram aplicados na UCIN, pois neste serviço há inúmeros fatores que condicionam a saúde e bem-estar do bebé e o EESCJ deve observar as necessidades do bebé e sua família, tentando dar resposta e corresponder à complexidade das diferentes situações.

Torna-se importante para um EESCJ a atualização de conhecimentos através de encontros de formação que enriqueçam as suas tomadas de decisão na prestação de cuidados diários que devem ser sustentadas em conhecimentos científicos atualizados e sólidos, para uma procura incessante de melhoria dos cuidados prestados e de ganhos em saúde.

A atualização de conhecimentos através da formação académica como a que foi realizada ao longo de todo o percurso formativo do CMEESIP ou pela participação nestes encontros científicos, seguida de uma reflexão sobre a participação nos mesmos, tiveram como foco a procura do “desenvolvimento das aprendizagens profissionais (...) [com base numa] praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR, 2011a, 8653), que não se encerrará com este relatório de estágio.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing concern. Em P. L. Chinn, *Nursing research methodology: issues and implementation* (pp. 237-257). Rockville: Aspen Publishers.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 06 de outubro (2009). Decreto-Lei nº 281/2009 - Criação de um SNIPI. *Diário da república 1ª série, Nº 193 (06-10-2009)*, 7298-7301.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança - Re(Pensar) o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume 1*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, E. d., Silva, I. L., Cardoso, F., & Beresford, H. (2008). O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal,. *Fitness & performance journal*, 7 (5), pp. 345-351.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, aprovado a 29 Maio de 2010. *Diário da República II Série, Nº 35 (18-02-2011)*, 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8653-8686.
- Soares, A. (2010). *O Sono - Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Teixeira, E. M., & Figueiredo, M. C. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Rev. Referência, II Série (9)*, 7-14.

- Unidas, N. (1990). *A convenção sobre os direitos da criança - adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990*. Obtido de Web site de Unicef: [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Vieira, A. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*, 56, 146-154.
-



## **Apêndice VIII**

Resumo de comunicação livre apresentada no IV  
Encontro de Benchmarking da OE (coautoria)

## **RESUMO DE COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NO IV ENCONTRO DE BENCHMARKING DA OE**



### **Telefonema de acompanhamento pós-alta à criança e família “A Luz acompanha-te!”**

A hospitalização de uma criança representa desafios únicos, quer para a criança, quer para os pais e família. Por outro lado, a nova filosofia de cuidados pediátricos, defende cada vez mais, períodos de hospitalização reduzidos, e enfatiza os benefícios da transferência dos cuidados para o domicílio, o que resulta na alta hospitalar numa fase de recuperação intermédia, ainda com necessidade de cuidados e vigilância.

Em Portugal, a Comissão nacional de saúde da criança e do adolescente (2009), seguindo a mesma linha de pensamento, define como objetivo de um serviço de pediatria “prestar cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, por profissionais qualificados, num espaço amigo da criança, do adolescente e da família, privilegiando o atendimento em ambulatório” (p. 35), defendendo que “o internamento das crianças com situações agudas e urgentes deve ser o mais curto possível e com continuidade de cuidados em Hospital de Dia ou no domicílio” (p.76).

Como consequência, verifica-se, assim, a diminuição do tempo disponível para a preparação da alta, o que pode aumentar o risco de complicações e readmissões hospitalares.

A participação parental nos cuidados à criança, durante a hospitalização, numa filosofia de parceria efetiva, favorece a preparação para a alta, a segurança e confiança dos pais na prestação de cuidados no domicílio. No entanto, muitas dúvidas podem surgir, já em casa, sem a presença e o suporte contínuo do enfermeiro, pelo que qualquer intervenção que favoreça uma transição saudável e eficaz estará inscrita numa

prática de cuidados de qualidade, que conduzirá à satisfação e ao reconhecimento profissional.

A transição da criança e família da situação de hospitalização para o domicílio implica, de facto, que estes tenham uma participação ativa nos cuidados, para a qual necessitam de informação e apoio, pois exige a aquisição de conhecimentos e competências que possibilitem enfrentar e resolver os problemas do dia-a-dia. Mas, se esta orientação e suporte são essenciais, no que se refere à preparação para a alta, a sua continuidade durante o período de transição é, igualmente, fundamental.

De facto, a parentalidade surge como foco integrante do Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem constituindo, de acordo com a Ordem dos enfermeiros, um dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

É neste contexto que surge o presente projeto, numa perspetiva e desejo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no internamento de pediatria, do Hospital da Luz, enquadrando-se no Programa de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos enfermeiros. Assim, tendo em conta os enunciados descritivos do Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, este projeto está relacionado com a satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e a adaptação às condições de saúde.

O telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta surge, de acordo com a evidência científica, como um instrumento útil para dar resposta à problemática identificada, de uma forma eficaz, simples e pouco dispendiosa, permitindo fazer a ligação entre o serviço de internamento e o domicílio.

Este é mesmo um recurso recomendado pela Comissão nacional de saúde da criança e do adolescente (2009, p.55) que defende que “os Serviços de Pediatria deverão promover a incorporação da Telemedicina na sua atividade sempre que tal permita melhorar a oferta e a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a formação dos seus profissionais”.

Este projeto foi construído com o objetivo de promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, no internamento de pediatria, numa perspetiva que permita:

- Avaliar e acompanhar os cuidados prestados à criança, no domicílio, após alta clínica;
- Prevenir e detetar precocemente recidivas e/ou complicações pós-alta;

- Orientar para cuidados a ter em futuras situações semelhantes;
- Avaliar os cuidados de enfermagem prestados à criança e família, durante o internamento;
- Avaliar e promover a satisfação parental relativamente ao atendimento no internamento de pediatria;
- Contribuir para a fidelização da criança e família.

Considera-se que este projeto se enquadra na ambição assumida pelo Hospital da Luz, que tem como visão “ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e inovação”.

A nossa ambição resultou na implementação de um telefonema de acompanhamento pós-alta à criança e família no internamento de pediatria do Hospital da Luz, como estratégia para dar resposta à problemática de partida, que favorecerá a reflexão sobre a prática e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no internamento de pediatria, contribuindo significativamente para a satisfação dos clientes.

Os telefonemas têm por base um guião de entrevista orientador do contato telefónico, com o objetivo de nortear e uniformizar os contatos. Este documento é apenas orientador da condução do telefonema e instrumento de registo. O mesmo inclui itens relacionados com a avaliação da criança, os cuidados prestados, e dúvidas sobre os mesmos, bem como a satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento.

Os contactos telefónicos são efetuados consoante o preenchimento da ficha de contacto construída para ser preenchida no momento da alta da criança e após consentimento informado dos pais sobre o projeto, onde deverão constar os dados necessários para a realização dos telefonemas de forma mais correta e personalizada. Esta ficha permite, ainda, o acesso ao processo clínico informatizado da criança no momento do telefonema. Aguarda-se neste momento a introdução destes instrumentos no aplicativo informático do hospital.

O contacto é efetuado preferencialmente pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde Infantil e Pediatria (SIP), ou por outro enfermeiro da equipa, sempre que a relação preferencial estabelecida durante o internamento o justifique.

Estão abrangidas pelo projeto todas as crianças cujo internamento seja responsabilidade da equipa médica pediátrica (médica e/ou cirúrgica), com alta para o

domicílio, cujos pais tenham possibilidade de contato telefónico e deem consentimento prévio para tal.

Os telefonemas são efetuados todos os dias úteis, das 10 às 20h, a partir do dia seguinte ao da alta, o mais precocemente possível.

Através deste projeto, o triunfo e a satisfação pessoal enquanto enfermeiros existe, como reflexo do bem-estar e satisfação que podem ser proporcionados, constituindo um projeto exequível, que se considera ir de encontro às expectativas e necessidades dos clientes e que traz sem dúvida ganhos em saúde para as crianças e pais que nos procuram.

No entanto, vivenciaram-se alguns constrangimentos relacionados com a incapacidade de realizar os telefonemas de acompanhamento pós-alta, dada a prioridade na execução de cuidados diretos aos clientes internados, as oscilações no número de internamentos de pediatria e a demora na resposta relativamente à introdução dos instrumentos de registo do telefonema no aplicativo informático. Relativamente aos primeiros pontos, estes foram solucionados a partir do momento em que o enfermeiro especialista em SIP autor do projeto passou a efetuar um horário rotativo diurno, que permitiu uma melhor monitorização e manutenção do projeto.

Foi dado conhecimento do presente projeto à Ordem dos enfermeiros, nomeadamente aos gestores do Programa de padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem em julho de 2012.

O projeto iniciou-se de forma efetiva no dia 1 de janeiro de 2013, apresentando resultados muito satisfatórios relativamente ao primeiro semestre de implementação do mesmo.

A população compreendeu crianças maioritariamente do sexo masculino (55,9%), com faixa etária predominante dos 0 aos 3 anos, internadas na sua maioria na enfermaria (73,53%). Os motivos de internamento mais frequentes foram as patologias do foro respiratório e gastrointestinal, seguidas da cirurgia geral.

Relativamente aos indicadores de processo, verificou-se uma taxa de preenchimento de fichas de contacto, no momento da alta, de 86,8%, tendo sido realizados 100% dos contactos telefónicos, com uma demora média de contacto de 1,8dias (entre 1 e 8). Destes foram atendidos cerca de 80,9%.

Relativamente aos indicadores de resultado verificou-se uma taxa de crianças com recidiva de sintomatologia no domicílio de 15,2%, com um caso de reinternamento hospitalar.



Ao longo deste primeiro semestre de implementação do projeto, salienta-se a boa receptividade pela equipa de enfermagem ao mesmo, no entanto ambicionamos melhorar a taxa de preenchimento das fichas de contato.

Verifica-se ainda, uma sensibilização da equipa de enfermagem para a necessidade de uma correta preparação para a alta, destacando o número reduzido de casos com existência de dúvidas (9,8%) e/ou dificuldades (0,6%) na manutenção dos cuidados à criança em casa, bem como os esforços da equipa de enfermagem para melhorar os procedimentos de atuação através da revisão da nota de alta/transferência de enfermagem e da elaboração de novos projetos complementares (ex.: preparação pré-operatória e avaliação e controlo da dor).

Congratulamo-nos ainda pelo elevado grau de satisfação dos pais, com os cuidados de enfermagem prestados no internamento de pediatria, que demonstram gratidão pela iniciativa e disponibilidade, sentindo que este projeto constitui um reforço do elo de ligação e confiança entre os pais e o serviço.

**Autores:** Ana Margarida Fonseca Moreira, membro n.º 5-E-46392  
Dália Caeiro, membro n.º 5-E-43050  
Isabel Rodrigues Gonçalves, membro n.º 5-E-03258



## **Apêndice IX**

Folheto – “Como ajudar a criança a diminuir o medo da cirurgia? Informações para pais/familiares”



## FUNDAMENTAÇÃO

Qualquer cirurgia remete a criança e família para uma emoção/sentimento de medo perante o desconhecido, levantando dúvidas e favorecendo o aparecimento de fantasias, que servem para agravar o estado de medo e para uma distorção da realidade. Os estudos têm mostrado que uma preparação pré-operatória se torna eficaz no suporte psico-emocional para as crianças e pais (Pimentel, 2001; Teixeira & Figueiredo, 2009; Vaezzadeh, Douki, Hadipour, Osia, Shahmohammadi & Sadegui, R., 2011).

Em contexto de urgência essa preparação não é possível por antecipação e por isso o EESCJ deve dotar as famílias de conhecimentos para lidar/enfrentar com as reações emocionais inerentes ao evento de crise vivenciado, uma vez que para a criança e sua família o medo do desconhecido é sempre superior ao medo do que conhece.

Durante a participação na triagem no SUP e após a reflexão sobre *A intervenção do enfermeiro na transição saúde-doença vivenciada pela criança/jovem e família com necessidade de cirurgia urgente e perante o medo do desconhecido* (jornal de aprendizagem nº 1, incluído no apêndice VI), emergiu a necessidade de elaborar um folheto destinado aos pais/familiares, com estratégias para os pais ajudarem a diminuir o medo da criança perante uma cirurgia, considerando a família como o pilar integral na vida da criança e indo de encontro à filosofia dos CCF em pediatria.

A inclusão da família nos cuidados à criança é essencial para a saúde e bem-estar da mesma, sendo, segundo Hockenberry e Wilson (2014), a parceria entre os enfermeiros e os pais um mecanismo que facilita a capacitação, no que diz respeito à “criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas para atender às necessidades da criança” (p. 11).

Após a reflexão efetuada, foi proposta à enfermeira de referência a atividade que se pretendia efetuar e ficou acordado a elaboração de um folheto informativo para fornecer aos pais que permitisse aos mesmos conhecer as estratégias a adotar para diminuir medo da criança perante uma cirurgia.

## PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

Numa fase inicial foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática, que se baseou essencialmente no guia orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2011), com orientações técnicas de como diminuir o medo para a cirurgia através de uma adequada preparação para a cirurgia e de gestão emocional dos medos das crianças, mas também no estudo elaborado por Diogo (2015) que se foca na dimensão emocional da prática dos enfermeiros em contexto pediátrico.

Após a estruturação do conteúdo a incluir, foi elaborado um documento escrito, formatado para impressão em folha A5 para fornecer aos pais/familiares de crianças com suspeita de necessidade de intervenção cirúrgica, no momento da admissão no SUP, adequando a linguagem para que a mesma seja compreensível. Este folheto vai permitir aos pais/familiares tomarem decisões conscientes e informadas sobre as estratégias a adotar perante cada faixa etária para que a criança experiencie uma transição o menos traumática possível perante a necessidade de hospitalização.

Em seguida apresenta-se o folheto elaborado após a aprovação da enfermeira chefe do serviço e da enfermeira de referência.

## COMO AJUDAR A CRIANÇA A DIMINUIR O MEDO DA CIRURGIA?

### Estratégias para pais/familiares

*Todos os procedimentos cirúrgicos remetem a criança para uma situação de hospitalização e consequente medo perante o desconhecido! É normal que isso aconteça!*

*Em qualquer etapa da nossa vida experienciamos essa emoção/sentimento...*

*O medo faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e cada criança terá a capacidade de lidar com esse desafio mas compete aos profissionais de saúde e pais/familiares ajudar a criança a lidar com a situação, promovendo e apoiando a expressão e verbalização de sentimentos (medo/ansiedade/tristeza).*

*É a própria criança que vai descobrir a ultrapassar o medo perante a cirurgia mas os pais/familiares podem ajudar a criança se estiverem dotados de estratégias adequadas a cada etapa do crescimento/desenvolvimento e conhecerem os medos mais frequentes nessas etapas.*



FAIXA ETÁRIA	MEDOS NORMAIS MAIS FREQUENTES	ESTRATÉGIAS PARA AJUDAR A CRIANÇA A LIDAR COM O MEDO
0-1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Medo da separação dos pais a partir dos 6 meses, de pessoas estranhas e situações imprevistas.	Prepare-se para as emoções que vai sentir, mantendo-se calmo e esclarecendo as suas dúvidas com os profissionais de saúde. A criança não entende o que está a acontecer mas reage à ansiedade dos pais. Transmita confiança através da sua expressão facial e tom de voz. Envolve-se nos cuidados prestados à criança e utilize medidas de conforto (mimos e colo). Permaneça junto da criança. Traga para o hospital os objetos significativos para a criança (chucha, brinquedo, cobertor, biberão...).
1-3 anos	Animais, tempestades, banho, estar longe dos pais e mudanças no meio envolvente.	Dê explicações simples sobre o que vai acontecer. Permaneça junto da criança ou faça-se substituir por alguém de referência. Envolve-se nos cuidados prestados à criança e utilize medidas de conforto (mimos e colo). <b>Após os 2 anos:</b> Incentive a criança a cooperar, através de ordens simples e individuais. Promova a socialização com outras crianças internadas. Mantenha as rotinas diárias nas atividades de vida.
4-6 anos	Escuro. Bruxas, monstros e fantasmas. Castástrofes. Medo de se magoarem. Separação dos pais. Ficar sozinho.	Use frases simples e palavras neutras para explicar os procedimentos, sendo honesto sobre a separação e dor potencial. Permaneça junto da criança ou faça-se substituir por alguém de referência. Estimule a criança a verbalizar as suas ideias e sentimentos. Incentive a criança a cooperar, através de ordens simples e individuais. Promova a socialização com outras crianças internadas. Brinque com a criança para desmistificar os seus receios. Explique à criança que a cirurgia não é um castigo mas sim a forma para resolver um problema. Traga para o hospital os objetos significativos para a criança (brinquedo, fotografia, consola...).
7-11 anos	Acidentes, incêndios, ladrões, doenças e da morte. Dano corporal. Ridículo. Notícias dos media. Mau rendimento escolar. Conflito parental. Impressiona-se pelo que ouve e vê.	Dê oportunidade à criança de colocar questões e falar sobre as preocupações que nutre. Seja honesto sobre como será o corpo da criança após o procedimento. Envolve a criança nas tomadas de decisão e reforce a sua auto-estima. Proporcione privacidade à criança. As rotinas diárias nas atividades de vida devem ser mantidas. Estimule a realização de atividades lúdicas para que a criança construa um significado para o que vai acontecer. Traga os seus objetos pessoais e de distração.
12-18 anos	Transformação do corpo, mortes e ferimentos do corpo. Castástrofes naturais. Relações interpessoais. Perda de auto-estima	Permita que a criança participe na tomada de decisão sobre os procedimentos necessários. Mantenha a independência e respeite a necessidade de privacidade. Envolver a criança nas tomadas de decisão. Reforce a auto-estima. Incentive a utilização de técnicas de relaxamento. Traga os seus objetos pessoais e de distração.

*Os pais são quem melhor conhece os seus filhos! É crucial a sua participação nos cuidados!*

*A sua participação contribui para minimizar as consequências negativas da hospitalização e permite que a criança uma adequada gestão das suas emoções/sentimentos.*



## **AVALIAÇÃO**

O folheto ficou finalizado na segunda semana do estágio e foi impresso para entrega e disponibilização nos dois gabinetes de triagem do SUP.

Para além da entrega de cerca de 30 exemplares impressos, foi ainda entregue à enfermeira de referência o documento em formato digital para permitir uma continuidade de impressão e utilização no contexto assistencial.

Foi apresentado o folheto aos elementos da equipa de enfermagem que ficaram motivados em consultar a informação contida no mesmo e fornecerem aos pais/familiares de crianças com suspeita de necessidade de cirurgia no momento de primeiro contacto com o SUP – a triagem.

## **CONTRIBUTOS DA ATIVIDADE PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESCJ**

A importância de dotar os pais de estratégias para desmistificar o medo das crianças perante uma cirurgia leva o enfermeiro a proporcionar “conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (Diário da República [DR], 2011, p. 8654) e par desta competência o enfermeiro está também a utilizar “estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde” (DR, 2011, p. 8654).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução de Wong's Nursing care of infants and children, 9th ed., 2011, USA: Mosby)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Revista Servir*, 49 (4), 172-177.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8653-8686.
- Teixeira, E. M., & Figueiredo, M. C. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programad. *Rev. Referência, II Série* (9), 7-14.
- Vaezzadeh, N., Douki, Z. E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., & Sadegui, R. (2011). The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety. *Iran Journal of Pediatrics*, 21 (4), 461-466.



## **Apêndice X**

*Dossier* temático – “Cuidar da criança: o trabalho  
emocional do enfermeiro”



## FUNDAMENTAÇÃO

Ao longo do contexto de estágio no SUP no âmbito do CMEESIP foi passível observar as intervenções do enfermeiro como gestor emocional do período de transição vicenciado pela criança e sua família, nomeadamente no contexto de necessidade de intervenção cirúrgica.

O cliente é um ser humano com necessidades, em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas alterações, no entanto, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade experimenta, ou está em risco de experimentar, um desequilíbrio (Meleis, 2012). Considerando o ambiente como os diferentes contextos onde um cliente interage, o curso da transição varia de acordo com as condições que o ambiente oferece (Meleis, 2012). A hospitalização de uma criança constitui-se como um fator inibidor no processo de transição (acontecimento/ponto crítico), pois faz surgir outro tipo de transição, nomeadamente, de saúde-doença (Meleis, 2010), originando sentimentos de medo, ansiedade e receio.

No decorrer do quotidiano nos contextos de estágio no SUP e internamento pediátrico foi notória a utilização de estratégias e intervenções facilitadoras no processo de transição saúde/doença e promotoras de gestão da emocionalidade vivenciada pelo cliente pediátrico e família e identificadas no estudo de Diogo (2015) e de promoção de uma experiência emocional positiva junto da criança/família, no entanto, pelas conversas informais com a enfermeira de referência e com os restantes elementos da equipa poucos estavam despertos para um adequado conceito de gestão das emoções e para o conceito do trabalho emocional que o enfermeiro desempenha no ato de cuidar e que facilita a vivência de uma transição.

Assim, o presente *dossier* temático que se apresenta neste apêndice X, constitui-se como uma valiosa ferramenta para consulta pelos membros da equipa de saúde e compila artigos científicos que considere importante partilhar com a equipa de enfermagem no SUP com enfoque na dimensão emocional do cuidar em enfermagem pediátrica, na gestão emocional da criança e família em situação de doença, no trabalho emocional do enfermeiro e na preparação da criança para a cirurgia.

Este documento pretende ser um meio de divulgação e consciencialização sobre a temática em estudo e sobre as estratégias que os profissionais já vinculam na sua prestação de cuidados, servindo como âncora para um exercício reflexivo sobre a prática, que por si só é já uma forma de desenvolvimento, mas também para aguçar a

vontade em aprofundar conhecimentos nesta área, pois a aquisição de conhecimentos teóricos nesta área torna a nossa observação mais atenta e a análise mais fundamentada.

## PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

Para dar resposta à temática em estudo e durante a elaboração do projeto para estágio foi feita uma pesquisa bibliográfica em bases de dados e que serviu de apoio aos estágios. Na elaboração do *dossier*, os catorze artigos compilados já tinham sido mobilizados anteriormente e são artigos que não esgotam a temática, sendo necessário uma continuidade de pesquisa sobre os temas abordados para uma permanente atualização de conhecimentos.

Procurou-se ordená-los começando por uma abordagem mais abrangente ao conceito das emoções, seguidamente ao trabalho emocional em enfermagem e à exploração do trabalho emocional em enfermagem enquanto foco de uma prática reflexiva, na gestão emocional da criança e família em situação de doença, e por último na preparação da criança para a cirurgia.

O *dossier* foi composto por uma capa, uma nota introdutória que teve o pressuposto de aliciar os profissionais a efetuarem a leitura dos artigos enquadrando o motivo da compilação de artigos efetuada e um resumo para cada artigo apresentado, para que o leitor pudesse mais facilmente adquirir interesse no mesmo. Este documento foi pensado e concretizado no contexto formativo no SUP, no entanto, por não ter sido possível realizar a sessão de formação planeada no contexto do internamento pediátrico, em conversa informal com a enfermeira de referência e outros enfermeiros da equipa, verificou-se o interesse dos mesmos em poderem ter compilados artigos sobre a temática em estudo e por isso, foi fornecido o mesmo *dossier* de artigos temáticos nesse contexto de estágio.

## CONTRIBUTOS DA ATIVIDADE PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESCJ

Este documento estruturado despertou na equipa uma reflexão sobre as práticas, fomentou a discussão e partilha de experiências, contribuindo para o enriquecimento dos enfermeiros que prestam cuidados no contexto assistencial do SUP e internamento pediátrico, bem como o desenvolvimento do meu “auto-conhecimento” e enriquecimento pessoal e formativo (Diário da República [DR], 2011, p. 8652). A dimensão emocional do cuidar em enfermagem leva a uma prestação de cuidados individualizados, o que leva o enfermeiro à competência **B3** do EE “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (DR, 2011, p. 8651).

Considerando a importância da prática clínica se sustentar em evidência científica atualizada e do EESCJ atuar como “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa” (DR, 2011, p. 8653), bem como promover a divulgação desta contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, permitiu ir de encontro a uma das competências comuns aos EE’s “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (DR, 2011, p. 8653), baseando a “sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR, 2011, p. 8653).

Após as referências bibliográficas que se apresentam em seguida, segue-se o *dossier* apresentado às equipas de enfermagem do SUP e internamento pediátrico, nomeadamente:

- a capa elaborada para o *dossier*;
- o índice de artigos;
- a nota introdutória inserida no *dossier*;
- o resumo elaborado para cada artigo, com a respetiva referência bibliográfica.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, aprovado a 29 Maio de 2010. *Diário da República II Série, Nº 35 (18-02-2011)*, 8648-8653.
-

## CAPA DO DOSSIER



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### *Dossier temático*

# *Cuidar da criança: o trabalho emocional do enfermeiro*

Elaborado por: Dália Caeiro Reis

Enfermeira de referência: [REDACTED]

Orientação: Prof. Doutora Paula Diogo

Outubro de 2013

## ÍNDICE DE ARTIGOS

Artigo nº 1 - *Emoção... Emoções... Que implicações para a saúde e qualidade de vida?*

Artigo nº 2 - *Ideal nurses: the social construction of emocional labour*

Artigo nº 3 - *The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work*

Artigo nº 4 - *Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London*

Artigo nº 5 - *O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão*

Artigo nº 6 - *O Trabalho Emocional: Reflexão e Investigação em Cuidados de enfermagem*

Artigo nº 7 - *Thinking about the emotional labour of nursing - supporting nurses to care*

Artigo nº 8 - *O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito*

Artigo nº 9 - *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*

Artigo nº 10 - *O lugar do afeto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: perspetivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros*

Artigo nº 11 - *Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria*

Artigo nº 12 - *Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery*

Artigo nº 13 - *The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial*

Artigo nº 14 - *A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery*

## *Bem-vindos a uma leitura sobre as emoções no cuidado em enfermagem pediátrica*

No contexto do estágio no âmbito do Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediatria é passível observar as intervenções do enfermeiro como gestor emocional do período de transição vivenciado pela criança e sua família, nomeadamente no contexto de necessidade de intervenção cirúrgica.

No decorrer do quotidiano no campo de estágio foi notória a utilização de estratégias e intervenções promotoras de gestão da emocionalidade vivenciada pelo cliente pediátrico e família e identificadas no estudo de Diogo (2012), no entanto, pelas conversas informais com a enfermeira de referência e com os restantes elementos da equipa poucos estavam despertos para um adequado conceito de gestão das emoções e para o trabalho emocional que o enfermeiro desempenha no ato de cuidar.

Assim, o presente documento surge com a finalidade de partilhar com a equipa de enfermagem artigos científicos com enfoque na dimensão emocional do cuidar em enfermagem pediátrica, na gestão emocional da criança e família em situação aguda de doença, no trabalho emocional do enfermeiro e na preparação da criança para a cirurgia.

São 14 os artigos compilados após uma pesquisa efetuada em bases de dados eletrónicas e para cada um deles foi elaborado um resumo sobre a temática nele inscrita.

Encontram-se compilados neste documento artigos científicos que não esgotam a temática e será necessário a continuidade do mesmo através de uma permanente atualização de conhecimento...

*Usuem desta experiência emocional...*

*Dália Caeiro Reis*

---

**Artigo nº 1 - *Emoção... Emoções... Que implicações para a saúde e qualidade de vida?...***

Autores: Maria da Conceição Martins & Jorge Melo

Ano: sem data

**Resumo**

O presente artigo faz alusão a estudos que envolveram emoções, o seu significado e qual o seu impacto na saúde das pessoas.

Para vários autores as aptidões que um indivíduo possui para compreender e orientar as emoções são mais importantes para o seu ajustamento e competência em geral do que o próprio Quociente de Inteligência.

O estudo relacionado no campo das emoções reflete que o que se pretende atingir é um equilíbrio psicológico, biológico e social e não a eliminação das emoções e salienta-se a existência de emoções positivas e negativa e quais os efeitos que as mesmas podem ter na saúde de um indivíduo.

O artigo aborda ainda o conceito de inteligência emocional introduzido por Golleman e a importância de trabalhar os aspectos emocionais da inteligência.

**Referências bibliográficas**

Martins, M., & Melo, J. (s/d). *Emoção... Emoções... Que implicações para a saúde e qualidade de vida? ... Spectrum*, 125-148.

**Artigo nº 2 - *Ideal nurses: the social construction of emocional labour***

Autores: Deborah Mazhindu

Ano: 2003

**Resumo**

Este artigo identifica os tipos de trabalho emocional como uma construção social de cuidar.

O trabalho emocional ilumina problemas e questões que envolvem o paradigma educativo predominante da reflexão sobre a prática para os profissionais de saúde nas instituições de ensino superior.

Na perspetiva de enfermeiras treinadas, tanto em ambientes de cuidados de saúde hospitalares como comunitários, existem implicações da construção social do trabalho emocional e da enfermeira ideal, percebidas pelos praticantes, para a educação e para a prática do cuidar.

**Referências bibliográficas**

Mazhindu, D. (2003). *Ideal nurses: the social construction of emocional labour*. *Eur. J. Psychotherapy, Counselling & Health*, 6 (3), pp. 243-262.

### **Artigo nº 3 - *The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work***

Autores: Benjamin Gray

Ano: 2009

#### **Resumo**

O presente artigo defende que as emoções nas organizações de saúde tendem a permanecer tácitas e necessitam de esclarecimento. Na enfermagem as emoções são tornadas invisíveis e reduzidas ao "trabalho das mulheres" na esfera doméstica.

Pam Smith, em 1992, aplicou a noção de trabalho emocional ao estudo da enfermagem, concluindo que mais pesquisas seriam necessárias e por isso este artigo é um estudo qualitativo para reexaminar o papel do trabalho emocional em enfermagem.

Assim, são abordadas as definições de trabalho emocional em enfermagem, as intervenções do trabalho emocional na enfermagem, as imagens tradicionais e modernas da enfermagem e as barreiras profissionais e de género que envolvem o trabalho emocional no trabalho de saúde. Esta temática é importante para melhorar a formação de enfermeiros e a prática de cuidados e para explorar o potencial valor terapêutico do trabalho emocional em enfermagem.

#### **Referências bibliográficas**

Gray, B. (2009). *The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work. Nurse Education Today*, 29, 168-175.

**Artigo nº 4 - *Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London***

Autores: Benjamin Gray & Pam Smith

Ano: 2009

**Resumo**

O presente artigo revela os resultados de um estudo qualitativo de seguimento ao estudo de Pam Smith em 1992, para reexaminar o papel do trabalho emocional e, em particular, as formas como o trabalho emocional foi orientado para três diferentes contextos clínicos (cuidados primários, saúde mental e oncologia infantil).

Os resultados demonstram as diferentes maneiras em que o trabalho emocional é usado e refletido por enfermeiros nestas três áreas clínicas. Estes achados são importantes para melhorar o processo formativo de enfermeiros e melhorar as práticas, sendo também útil para oferecer uma sinopse inicial da cultura do cuidado em enfermagem e para explorar o potencial valor terapêutico do trabalho emocional.

**Referências bibliográficas**

Gray, B., & Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, pp. 253-261.



**Artigo nº 5 - *O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão***

Autores: Paula Diogo

Ano: 2012

**Resumo**

O presente artigo reporta-se ao reconhecimento, pela área da saúde, de ser sua característica os “aspetos emocionais” e do importante contributo da competência de gestão emocional como uma dimensão do processo de cuidar em enfermagem.

Vários autores salientam a importância do trabalho emocional na enfermagem, defendendo que os enfermeiros têm que gerir as emoções como parte do seu trabalho, que decorrem das situações problemáticas vividas pelos clientes, da relação de cuidados e das relações profissionais/institucionais.

Salienta-se ainda a importância na investigação emergente da prática e da exploração do trabalho emocional em enfermagem enquanto foco de uma prática reflexiva.

**Referências bibliográficas**

Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia - Rev. de ciências da saúde da ESSCVP*, 4, 2-9.

## **Artigo nº 6 - O Trabalho Emocional: Reflexão e Investigação em Cuidados de enfermagem**

Autores: Paula Diogo & Luiza Rodrigues

Ano: 2012

### **Resumo**

O presente artigo reporta-se à síntese de comunicações apresentadas pelas autoras num encontro internacional para partilha de saberes, reflexões e percursos de investigação sobre a dimensão emocional da prática de enfermagem e com a finalidade de sensibilizar para o trabalho emocional em enfermagem. Assim, é feita uma abordagem à história do estudo sobre a temática das emoções e da necessidade da disciplina de enfermagem também estudar as emoções de acordo com o seu quadro de referência.

A dimensão emocional do cuidar é valorizada na relação de profissionais, na satisfação no trabalho, na satisfação do cliente, no desenvolvimento profissional e a prática de cuidados.

Na atualidade, cuidar e a dimensão emocional da enfermagem são conceções intrinsecamente relacionadas, frequentemente denominadas *the emotional dimensions of caring* e os investigadores em cuidados de enfermagem procuram compreender os processos emocionais na relação enfermeiro-cliente, valorizando a experiência emocional que se encontra omnipresente nas situações de cuidados e que as influencia.

O artigo finaliza-se com tópicos para reflexão sobre as condições que influenciam o trabalho emocional em enfermagem.

### **Referências bibliográficas**

Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16 (2), pp. 62-71.

**Artigo nº 7 - *Thinking about the emotional labour of nursing - supporting nurses to care***

Autores: Yvonne Sawbridge & Alistair Hewison

Ano: 2013

**Resumo**

O objetivo deste artigo é relatar parte do trabalho desenvolvido focado na análise das causas de fracos cuidados de enfermagem e possíveis soluções para melhorar os mesmos. Assim, é apresentada uma revisão da literatura sobre a temática do cuidado emocional em enfermagem e do trabalho emocional no cuidar em enfermagem.

O estudo efetuado conclui que o trabalho emocional do enfermeiro é real e que o mesmo necessita ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde, bem como é importante as administrações hospitalares apoiarem os enfermeiros na gestão do trabalho emocional no cuidar.

Demonstra-se ainda que não existem sistemas generalizados de apoio que ajudem os enfermeiros, que trabalham em hospitais, a lidarem com o componente emocional do seu trabalho e que este é um elemento que contribui para que os enfermeiros prestem fracos cuidados.

**Referências bibliográficas**

Sawbridge, Y. & Hewison, A. (2013). Thinking about the emotional labour of nursing - supporting nurses to care. *Journal of Health Organization and Management*, 27 (1), 127 – 133.

**Artigo nº 8 - O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito**

Autores: José Vilelas

Ano: 2013

**Resumo**

Neste artigo apresenta-se uma revisão da literatura sobre o conceito de trabalho emocional em enfermagem, concluindo-se que o trabalho emocional é um processo através do qual os enfermeiros conseguem expressar as suas emoções, gerindo-as em função do ato de cuidar.

Cuidar é considerada a essência da enfermagem e está subjacente ao cuidar, um processo de gestão interna das emoções ou o trabalho emocional dos enfermeiros, mas que apresenta ainda pouca visibilidade no exercício profissional dos enfermeiros.

Os fatores que influenciam este processo estão relacionados com a organização, com o enfermeiro e com o próprio trabalho. Os enfermeiros precisam de ter tempo e um ambiente propício para refletir, compreender e discutir o seu trabalho emocional no contexto de cuidar.

**Referências bibliográficas**

Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Rev. de ciências da saúde da ESSCVP*, 4, 41-50.

**Artigo nº 9 – A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado**

Autores: Oriá, M., Moraes, L., & Victor, J.

Ano: Sem data

**Resumo**

Este artigo tem enfoque na comunicação e na sua importância para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbre uma assistência de qualidade. Dessa forma a comunicação colabora para a promoção do cuidado emocional.

No estudo apresenta-se uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hospitalizado. Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar atencioso e tocar os nossos clientes, confortando e recuperando a sua autoestima.

O cuidado emocional do cliente hospitalizado é de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente mas também da sua família.

**Referências bibliográficas**

Oriá, M., Moraes, L., & Victor, J. (s.d.). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2), pp. 292-297.

**Artigo nº 10 - O lugar do afeto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros**

Autores: Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P.

Ano: 2010

**Resumo**

Na prática de cuidados de enfermagem, o amor tem vindo a ser apontado como característica definidora do Cuidar, sendo o conceito originário do inglês “caring”.

Em contexto pediátrico, a dimensão afectiva da enfermagem adquire contornos peculiares pois, por um lado as crianças despertam nos cuidadores sentimentos de vinculação, amor e afeto, que levam ao desenvolvimento de relacionamentos de protecção enriquecidos por uma partilha emocional, mas por outro lado, as crianças e famílias que vivenciam uma situação de doença e hospitalização, beneficiam da criação de contextos relacionais com uma tonalidade afetiva.

Os estudos revelam que o afeto está fortemente presente nas atitudes e ações dos enfermeiros e no ambiente dos cuidados de enfermagem e, por isso, conclui-se que nos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico o afeto influencia favoravelmente múltiplos aspectos do cuidar e promove o bem-estar dos clientes em situação de doença e hospitalização.

**Referências bibliográficas**

Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). O lugar do afeto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), pp. 70-81.

**Artigo nº 11 - Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria**

Autores: Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P.

Ano: 2010

**Resumo**

Neste artigo apresenta-se um estudo qualitativo realizado para compreender como o brincar integrado na prática de enfermagem pode ser usado na gestão do estado emocional da criança a viver uma experiência de hospitalização/cirurgia.

Os resultados do estudo revelam a atividade de brincar como um processo de gestão do estado emocional da criança, com a implicação das seguintes ações/interações: promover o confronto adaptativo, favorecer o relaxamento, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração e desmistificar os medos.

Através da leitura do artigo conclui-se que a atividade de brincar é um instrumento terapêutico primordial nos cuidados em enfermagem pediátrica, servindo como meio para favorecer o bem-estar das crianças e na promoção da adaptação e a aprendizagem das crianças como experiência positiva de hospitalização/cirurgia.

**Referências bibliográficas**

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do cuidado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), pp. 24-38.

**Artigo nº 12 - *Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery***

Autores: Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W.

Ano: 2006

**Resumo**

O presente artigo reporta-se a um estudo de intervenção para determinar se as crianças submetidas a preparação para a cirurgia apresentavam menos ansiedade do que as que não fossem submetidas a essa preparação, utilizando como instrumento para medir o estado emocional de crianças em idade escolar hospitalizadas o "Child Drawing: Hospital"

As conclusões do estudo reportam para um menor nível de ansiedade no grupo de crianças submetidas a uma intervenção de preparação para a cirurgia do que no grupo sem intervenção, o que demonstra que as crianças beneficiam da preparação pré-operatória efetuada por profissionais de saúde.

**Referências bibliográficas**

Brewer, S., Gleditsch, S. L., Syblik, D., Tietjens, M. E., & Vacik, H. W. (2006). Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (1), 13-22.



**Artigo nº 13 - *The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial***

Autores: Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A.-S.

Ano: 2012

**Resumo**

O presente artigo retrata um estudo elaborado para avaliar o efeito de uma preparação pré-operatória estruturada na ansiedade na criança e família, na mudança comportamental da criança e na satisfação dos pais.

Estima-se que cerca de 50-70% das crianças internadas sofrem de ansiedade e angústia grave antes da cirurgia. As crianças que estão muito ansiosas e angustiadas no pré-operatório tendem a se angustiar ao despertar e a ter um comportamento pós-operatório negativo.

O estudo revela que a preparação pré-operatória reduziu significativamente a ansiedade da mãe mas não a ansiedade infantil, o que comprova que a preparação pré-operatória foi mais eficiente no pai do que na criança e que os pais devem estar ativamente envolvidos na preparação pré-operatória do filho.

**Referências bibliográficas**

Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A.-S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 946-955.

**Artigo nº 14 - *A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery***

Autores: Healey

Ano: 2013

**Resumo**

Recorrer ao hospital para a cirurgia é um evento que a maioria das pessoas pode achar assustador. A antecipação do desconhecido, a falta de controlo sobre os eventos e a falta de familiaridade com o meio ambiente podem resultar em sentimentos de ansiedade e *stress*.

No presente artigo encontra-se pautada a importância do envolvimento ativo dos pais na preparação pré-operatória dos filhos através de uma pesquisa quantitativa descritiva, para estabelecer as necessidades de informação dos pais de crianças internadas para cirurgia no mesmo dia.

Os principais objetivos deste estudo foram estabelecer quais as informações que os pais tinham recebido antes da admissão do seu filho para cirurgia no mesmo dia, e como eles percepcionavam essa informação e também determinou que outras informações eles precisam.

**Referências bibliográficas**

Healy, K. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28 (2), 179-185.

## **Apêndice XI**

As vivências emocionais da mãe de um RN  
prematuro internado numa UCIN



## FUNDAMENTAÇÃO

Ao longo dos tempos, vários autores têm demonstrado interesse no estudo sobre a prematuridade e qual o seu impacto na estrutura familiar, e, nesta ótica Martins, Silva, Aguiar e Morais (2012) consideram que o nascimento de um bebé de risco se caracteriza como um momento de crise e vulnerabilidade familiar. Com o intuito de compreender as vivências emocionais de uma mãe de um RN internado em UCIN e com necessidade de cirurgia associada, solicitou-se autorização à mãe do “Matias” para realizar uma entrevista semiestruturada, explicitando os fins académicos da mesma.

Phaneuf (2005) considera que a relação de ajuda em enfermagem se desenvolve no decorrer de “uma entrevista que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano” (p. 34) e para Chalifour (2009), uma entrevista pode ser definida como o encontro combinado ou como a conversa em que um (ou mais) dos interlocutores faz perguntas a outro, constituindo uma interação entre pessoas que pode ter como objetivo a colheita de informações. A sua realização deve ser em lugar calmo, num momento combinado previamente e tendo em consideração o respeito pelo outro e pela confidencialidade (Chalifour, 2009).

A entrevista é constituída por etapas que são nomeadas e descritas de forma diferente consoante os diferentes autores. Seguindo a definição de Chalifour (2009), a entrevista é constituída por cinco etapas: antes da entrevista (preparação da mesma), o início da entrevista (inicia-se no primeiro contacto), o corpo da entrevista (a altura em que as pessoas estão em contacto, recorrendo o enfermeiro a habilidades de comunicação), o fim da entrevista (o momento de separação) e após a entrevista (altura de retorno sobre os momentos cruciais do encontro).

A entrevista aplicada foi semiestruturada, de acordo com Queiroz, Meireles e Cunha (2007), caracterizando-se por questões abertas estando elas escritas num guião orientador para a entrevista flexível, que foi elaborado com questões orientadoras para a interação com a mãe relacionadas com a temática dos sentimentos/emoções da mãe e quais as suas necessidades.

A entrevista foi combinada na véspera da sua realização, tendo a entrevistada autorizado informalmente a sua realização e o registo das respostas foi feito em suporte de papel e no decurso da mesma foram respeitados os princípios da confidencialidade.

## Guião da entrevista

### Dados identificativos

Nome

Idade

Número de filhos

História da gravidez

Idade da criança

Motivo de internamento do RN UCIN

### Questões orientadoras para interação com a mãe

O que sentiu quando percebeu que havia necessidade de internamento na UCIN?

O que sentiu quando percebeu que o seu filho necessitava de ser operado?

Que estratégias tem mobilizado para lidar com o internamento do seu filho?

O que sente ao fim deste tempo de internamento?

A equipa de enfermagem tem apoiado durante o internamento? O que pode melhorar?

Quais as suas principais necessidades/dificuldades?

Em seguida apresentam-se as peças fundamentais das respostas fornecidas pela entrevistada, por forma a não tornar a leitura das mesmas exaustiva e para efetuar mais facilmente uma reflexão sobre as mesmas.

## Entrevista

A entrevista realizou-se no gabinete médico da UCIN, num final de tarde à mãe do “Matias”.

A “Vera” tem 34 anos, é engenheira informática no ativo e o “Matias” é o seu primeiro filho, após várias tentativas de engravidar sem sucesso. Para engravidar necessitou de indução ovárica, tendo sido uma gravidez trigemelar vigiada, da qual apenas o “Matias” foi viável. Foi internada às 20 semanas de gestação por ter o colo uterino curto e o “Matias” nasceu com 23 semanas + 3 dias de gestação, por parto

eutócico, com um índice de apgar 4/7 e necessidade de reanimação e entubação traqueal à nascença.

O “Matias” encontra-se à data da entrevista com 17 dias de vida (Idade corrigida: 26 semanas + 6 dias) e está internado na UCIN por prematuridade, necessitando ainda de ventilação mecânica, e por obstrução intestinal, tendo necessitado de ter sido submetido a uma cirurgia.

## **Respostas às questões orientadoras para interação com a mãe**

### O que sentiu quando percebeu que havia necessidade de internamento na UCIN?

- A mãe refere que no momento em que teve necessidade de ficar internada percebeu que a criança poderia nascer antes do tempo e por isso considerou que seria uma hipótese o “Matias” nascer prematuro, no entanto, não concretizou essa realidade na sua mente antes do parto ter ocorrido;
- No momento do parto teve dificuldade em aceitar o bebé real;
- Considerou o internamento como assustador e entrou em pânico quando viu o “Matias” a primeira vez na UCIN, “um bebé tão pequenino, dentro de uma incubadora”... e com tantos equipamentos e fios ligados ao corpinho tão frágil”.

### O que sentiu quando percebeu que o seu filho necessitava de ser operado?

- Angústia por não poder fazer nada para que o “Matias” não sofresse;
- Medo por o “Matias” poder não sobreviver à cirurgia/anestesia;
- Ansiedade pelas sequelas que podem advir da cirurgia.

### Que estratégias tem mobilizado para lidar com o internamento do seu filho?

#### O que sente ao fim deste tempo de internamento?

- Numa primeira fase do internamento manteve-se “afastada” do “Matias”, cria vê-lo como meu filho mas não conseguia ganhar afeto e apegar-me a ele;
- Tinha receio que ele não sobrevivesse;
- Apoiei-me na minha fé em Deus, no meu marido e nos meus pais;
- Estou presente junto ao “Matias” de manhã à noite;
- Quando vi o “Matias” a melhorar agarrei-me à esperança de que tudo vai ficar bem e que o “Matias” será uma criança saudável;

- Comecei a participar nos cuidados ao meu filho e a fornecer-lhe colo através do método canguru, o que me tem ajudado a senti-lo como meu.

A equipa de enfermagem tem apoiado durante o internamento? O que pode melhorar?

- Os seus colegas são fantásticos;
- Explicam todos os procedimentos e o que posso fazer para ajudar a tratar do “Matias”;
- Incentivam-me a participar nos cuidados;
- Elogiam quando troco a fralda sozinha;
- Sinto carinho quando cuidam do “Matias”;
- Têm sempre um tom de voz calmo, o que me tranquiliza e dá esperança.

Quais as suas principais necessidades/dificuldades?

**Necessidades:**

- Necessito de informação e conhecimentos sobre os procedimentos que são feitos e como cuidar do meu filho sozinha em casa;
- Um abraço do meu marido em alguns momentos em que estou sozinha;
- Pegar no meu filho ao colo sem pensar que tem fios agarrados a ele;
- Um sorriso... uma palavra de esperança...
- Que o meu filho não fique com sequelas.

**Dificuldades:**

- Gestão da vida familiar e profissional;
- Falta de descanso adequado;
- Lidar com os fracos progressos do filho.



## **CONTRIBUTOS DA ATIVIDADE PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESCJ**

A concretização de uma entrevista à mãe de um RN prematuro revelou-se uma experiência muito emocional e que foi muito importante no meu caminho de aprendizagem ao nível da gestão das emoções. Diogo (2006) concluiu no seu estudo, que a utilização da emotividade, como condutor dos cuidados de enfermagem, implica que o profissional perspetive a experiência humana de sentir como instrumento de cuidar e utilize intencionalmente as suas emoções no cuidar afetivo.

Nesta perspetiva, com a realização da entrevista desenvolvi competências comunicacionais, o que pressupõe o conhecimento de quem comunica e habilidades comunicacionais de forma a poder transmitir a mensagem para que o receptor a entenda, mas também competências na gestão das emoções, adaptando as estratégias elencadas por Diogo (2015) com o intuito de transformar uma situação emocionalmente intensa numa experiência positiva e de crescimento para esta mãe, capacitando-a de informação adequada e suficiente para que exerça a sua função parental de forma satisfatória.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica* (2nd ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Martins, L. A., Silva, D. S., Aguiar, A. C. S. A., & Morais, A. C. (2012). Inserção da família na unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão sistemática. *Revista Enfermagem UFPE online*, 6 (4), 876-883. Disponível em [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2328/pdf\\_1154](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2328/pdf_1154).
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Queiroz, A. A., Meireles, M. A., & Cunha, S. R. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.
-



## **Apêndice XII**

Consulta de vigilância de saúde infantil e avaliação  
do desenvolvimento infantil através da Escala de  
Mary Sheridan Modificada



## FUNDAMENTAÇÃO

Este apêndice do relatório pretende espelhar uma área implícita na minha prática diária, mas que não ocorre de forma sistemática e concisa, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil. Habitualmente, no contexto de internamento pediátrico em que desempenho funções, qualquer alteração do desenvolvimento já se encontra diagnosticada previamente, por isso, senti necessidade de desenvolver competências nesta área no contexto de estágio realizado na UCSP.

O acompanhamento, observação e colaboração nas consultas de enfermagem de saúde infantil, onde as oportunidades de aprendizagem de avaliação do crescimento e desenvolvimento são tão ricas, permite ir ao encontro da competência específica **E3.1.** do EESCJ “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Diário da República [DR], 2011, p. 8655), em que o EESCJ demonstra conhecimentos e avalia o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, transmitindo orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de saúde e do desenvolvimento infanto-juvenil (DR, 2011). A avaliação do crescimento e desenvolvimento efetuada por EESCJ encontra-se inserida na consulta de saúde infantil e juvenil, destinada à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até à adolescência, e visa a obtenção contínua de ganhos em saúde na população pediátrica.

A avaliação do desenvolvimento realizada na UCSP tem por base a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, que ainda é a escala que se encontra integrada no SAPE (Sistema de apoio à prática de enfermagem - registos de enfermagem) nos processos informáticos nas UCSP, no entanto a escala preconizada no PNSIJ (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013) é a escala de Mary Sheridan modificada. Mary Sheridan foi uma das pioneiras na noção da necessidade de vigilância e deteção precoce dos problemas de desenvolvimento e muitos são os estudos por ela realizados.

Sabe-se que “a criança é um produto de vários factores: da evolução adaptativa da sua espécie, dos genes que herdou dos seus pais, do ambiente físico social e cultural em que vive e das experiências de interacção que vivencia nesse ambiente” (Pinto, 2009). O desenvolvimento psicomotor infantil é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções, contudo, a velocidade de passagem de um estadio para outro varia consoante as crianças, bem como a idade de aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013).

Para Brazelton (2002) o desenvolvimento infantil é um processo vasto, que vai desde a concepção, emerge de forma ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos, pois é nesta etapa de vida que a criança estabelece as bases para o seu desenvolvimento, uma vez que apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe. O conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que promovem a aquisição de competências, podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança, através de medidas simples (Pinto, 2009).

## PLANEAMENTO

Para uma adequada **avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil** e utilização da escala preconizada pelo PNSIJ (DGS, 2013) sentiu-se a necessidade de efetuar uma **pesquisa bibliográfica sobre a aplicabilidade da mesma**, tendo sido mobilizados conhecimentos através do PNSIJ e do guia orientador de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) para sustentar a prática de estágio na UCSP. Um dos aspetos importantes na utilização da escala a aplicar é que até aos dois anos de idade, devemos atender sempre à idade corrigida e não à idade real da criança que nasceu prematura.

Apesar das inúmeras experiências vividas no contexto da consulta de saúde infantil, serão apenas analisadas duas experiências das intervenções realizadas, e que foram promotoras e tradutoras de aprendizagem e aquisição de competências, não apenas na avaliação do desenvolvimento infantil mas também nas situações transicionais com relevância no contexto familiar, nomeadamente, na transição do desenvolvimento infantil, que apresenta um padrão múltiplo, sequencial, simultâneo e que se relaciona intimamente com a transição para a parentalidade, ocorrendo ambas como transições individuais que se constituem e complementam no binómio criança/pais (Meleis, 2010). O desenvolvimento infantil e a parentalidade, enquanto processos transicionais que se geram mutuamente, estruturados pela vinculação, existem em simultâneo numa sinergia dinâmica multidimensional. Tendo em consideração esta



realidade e reconhecendo a família como uma constante na vida da criança, estamos perante a filosofia de CCF.

Para sintetizar a avaliação do desenvolvimento efetuada através da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada recorreu-se à construção de tabelas para mais fácil leitura e compreensão.

## EXECUÇÃO

### 1. Intervenção ao RN na primeira consulta de saúde infantil e juvenil

A EESCJ responsável pela consulta de saúde infantil e juvenil da UCSP, após a receção das notícias de nascimento, emitidas e enviadas pelas maternidades, contacta a mãe dos RN's para agendar a primeira consulta na UCSP, onde será realizado o teste de diagnóstico precoce, caso ainda não tenha sido feito na maternidade. O teste de diagnóstico precoce, mais conhecido como “teste do pezinho”, deve ser realizado entre o 4º e o 7º dia de vida e permite o rastreio de duas doenças metabólicas, o hipotiroidismo e a fenilcetonúria. O instituto responsável pela realização do teste apenas entra em contacto com as famílias caso exista alguma alteração.

A consulta que se descreve em seguida foi realizada a um RN do género feminino, com 6 dias de vida, agendada no dia anterior ao dia da consulta.

A “Francisca” vinha acompanhada pelos pais, que se viria a descobrir serem pais de primeira vez. Comecei por os receber à porta do gabinete de consulta e felicitá-los, com um sorriso no rosto, pelo nascimento da “Francisca”, um cumprimento que espelhou a dimensão emocional dos cuidados em pediatria e que claramente permitiu **nutrir os cuidados de afeto** através do estabelecimento de um ambiente e afetuosos (Diogo, 2015), pelo sorriso e agradecimento visível no fâcies dos pais e conquistando a sua confiança e promovendo um ambiente familiar.

A “Francisca” foi trazida pelos pais num sistema de retenção de crianças (conhecido por “ovinho”/“ovo”), adequado à idade, altura e peso, de modo a proporcionar a segurança do RN. Ao entrar no gabinete, os pais foram convidados a sentar-se, no entanto a mãe preferiu colocar o “ovinho” em cima da cadeira em vez do pai se sentar. Foi minha preocupação, por forma a responder a uma necessidade parental não percebida, incentivar a não colocar o “ovinho” do bebé em cima de

nenhuma superfície, pelo risco de quedas acidentais, estando aconselhado colocar o mesmo no chão ou em carrinho próprio.

Neste início de conversa e relação foi possível **transmitir orientações antecipatórias** sobre segurança infantil e prevenção de acidentes e aproveitou-se o momento para fornecer um folheto que alerta para os perigos no primeiro ano de idade da associação para a promoção da segurança infantil (APSI).

Foi feita uma abordagem às vacinas administradas na maternidade, confirmando se o esquema vacinal cronológico para esta idade foi cumprido, confirmando a administração da vacina contra a tuberculose (BCG) e Hepatite B (VHB1) de acordo com as indicações do Plano nacional de vacinação em vigor (Direção Geral de Saúde, 2012).

Abordou-se em seguida o tipo de alimentação da “Francisca”, tendo sido referido pela mãe que era alimentada exclusivamente de leite materno, acordando de três em três horas e seguidamente aferiu-se se a pega da boca da “Francisca” à mama da mãe era adequada, confirmando a mãe que sim, e que a bebé tem uma sucção forte e vigorosa. Dei especial atenção à importância da **amamentação no estabelecimento de vínculo emocional**, enfatizando a forma como a mãe segura o bebé no colo, com firmeza e segurança, o contacto visual estabelecido e o toque. Os pais confirmam ainda que a bebé é tranquila, passando grande parte do tempo a dormir, acordando por si para alimentar-se ou quando tem algum desconforto, alturas que apresenta uma choro forte.

Questionou-se a mãe sobre o padrão intestinal da bebé e verifica-se que o padrão intestinal não está comprometido, evacuando a “Francisca” em todas as mamadas e ainda sem apresentar queixas de cólicas. Aconselhou-se a mãe sobre o tipo de alimentação materna adequado nesta fase, com aumento da ingestão hídrica e restrição de alimentos que provocam flatulência ou de sabor muito intenso.

A “Francisca” vinha a dormir mas solicitou-se aos pais que a retirassem do “ovinho”, a despissem e a colocassem em cima da marquesa para ser possível efetuar a avaliação estado-ponderal e do desenvolvimento. Após a bebé estar despida, foi avaliado o peso em balança (3350g), tendo-se verificado que mantinha o mesmo peso que tinha à saída da maternidade e explicou-se que normalmente a criança só recupera o peso perdido à nascença a partir do décimo dia de vida, reforçando-se a necessidade e importância de nutrir a bebé com o leite materno de três em três horas e de ser vigiada nas consultas de saúde infantil nas datas agendadas e que estão preconizadas pelo

PNSIJ (DGS, 2013). Ainda antes de vestir a “Francisca”, utilizando uma carveira avaliou-se a altura (48cm), que correspondeu à altura medida na altura do nascimento.

Seguidamente foi feita uma observação física da “Francisca” avaliando a tensão das fontanelas anterior e posterior, que se encontravam normotensas, o perímetro cefálico (34cm), a integridade cutânea, a coloração das mucosas e a simetria das pregas cutâneas dos membros inferiores. Ainda antes de vestir a bebé, observou-se o coto umbilical, em fase de cicatrização, sem sinais infamatórios, e validou-se que efetuam a limpeza do mesmo com uma compressa embebida em álcool 70º em cada mudança de fralda e deixando o mesmo fora da fralda para evitar a humidade e possíveis lesões por tração. Explicitou-se aos pais que esta é a prática mais frequente nos cuidados ao cordão umbilical por ser significativamente eficaz na morte de bactérias gram positivas e negativas, embora seja responsável pelo atraso da queda do cordão umbilical e que atualmente se preconiza o método *dry care*, ou seja manter o coto limpo e seco,

Passou-se à **avaliação do desenvolvimento**, após a mãe voltar a vestir a bebé. A avaliação do desenvolvimento efetuada encontra-se inscrita no quadro seguinte:

	Competência	Resposta
<b>Postura e Motricidade Global</b>	Em decúbito ventral: levanta a cabeça	Sim
	Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão	Sim
	Em tração pelas mãos – a cabeça cai	Sim
	Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas	Sim (ainda com fraco tónus muscular)
	Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos	Sim
<b>Visão e Motricidade Fina</b>	Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média)	Sim
<b>Audição e Linguagem</b>	Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido	Sim Estremeu e movimentou os quatro membros, procurando o som com a cabeça
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	Fixa a face da mãe quando o alimenta	Sim
	Tem sorriso presente às 6 semanas.	Não foi possível avaliar
	Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	Sim

Para além das competências avaliadas pela **escala de Mary Sheridan modificada**, foi ainda testado o reflexo palmar e a preensão da região inferior do pé, ambos positivos.

O passo seguinte à avaliação do desenvolvimento passou pela **realização do “teste do pezinho”**. Solicita-se a um dos pais que segure a “Francisca” ao colo para que fica na posição vertical e ao mesmo tempo aninhada ao colo do pai e coloca-se um pé a descoberto. O colo tem a finalidade de aliviar o sofrimento da criança perante um procedimento doloroso, garantindo o aconchego através do contacto físico (Diogo, 2015). O cartão para a recolha de sangue para realização do teste já vem pré-preenchido da maternidade, mas solicita-se à mãe que confirme os dados nele inscrito. Após a validação da mãe, desinfeta-se o calcanhar da bebé com álcool a 70º e com lanceta pica-se a face externa do calcanhar, começando de imediato a cair gotas de sangue, que se colocam nos quatro círculos inscritos no cartão de recolha de sangue.

O procedimento foi fácil e rápido pois a “Francisca” tinha o pé quente e após o término do mesmo a bebé foi tranquilizada através da dádiva de afeto dos pais. Findo um procedimento doloroso, e indo de encontro ao previsto pelo PNSIJ (DGS, 2013), ocorreu uma conversa com os pais, com incidência nos **cuidados antecipatórios** até ao primeiro mês de vida, data em que deverá ocorrer a consulta de seguimento, nomeadamente:

- Importância de manutenção de aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, que garante um crescimento e desenvolvimento equilibrado e potencia o poder da mãe em “alimentar a criança de afeto”, mas o pai deverá ser também um elemento ativo a partir da terceira semana de vida, altura em que a amamentação já estará estabelecida, de acordo com Brazelton (2004), fornecendo um biberão de leite materno o que fomentará a relação emocional do pai com o bebé;
- Colocar a bebé deitada em decúbito dorsal tendo em conta a prevenção da síndrome de morte súbita do latente e que é uma das preocupações mais manifestadas pelos pais, pelo medo de aspiração, asfixia e de morte durante o sono. Privilegiei a segurança do ambiente para um sono seguro, encorajando os pais a adotar a utilização de colchão firme, sem colocar objetos dentro do berço e a promoverem o alojamento conjunto, mas não a partilha de cama (Meadows-Oliver & Hendrie, 2013);
- Manter a “Francisca” em decúbito ventral/colo quando estiver acordada;

- Sinais de alerta/sintomas comuns que justifiquem a necessidade de recorrer a serviços de saúde ou contacto com a linha Saúde 24: recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, febre, prostração, entre outros
- A “Francisca” começará o contacto com o meio ambiente que a rodeia começando a bebé a emitir sons guturais em situações de prazer e ao primeiro mês de idade deverá surgir o sorriso social.
- Foram ainda fornecidas as informações sobre atividades promotoras do desenvolvimento descritas pela OE (2010):
  - Pegar a bebé ao colo embalando-a suavemente e comunicar com a bebé, olhando-a nos olhos, junto ao peito;
  - Chamar a “Francisca” pelo nome e falar suavemente sobre tudo o que os pais estiverem a fazer;
  - Usar canções de embalar;
  - Dar oportunidade de experimentar cheiros diferentes;
  - Massagem corporal suave;
  - Oferecer o polegar para que a bebé o agarre e se autoconforte e organize;
  - Evitar ambientes hiperestimulantes.

Ao longo da consulta foi-se observando a relação emocional dos pais com o RN, verificando-se afeto de modo espontâneo, através do sorriso dos pais, do olhar meigo, do toque e do carinho demonstrado, aspeto valorizado no final da consulta e que é essencial para um desenvolvimento harmonioso da “Francisca”. Terminada a consulta de enfermagem, foi agendada nova consulta para a altura do primeiro mês de vida, tendo sido em seguida encaminhados para a consulta médica.

Os cuidados antecipatórios fornecidos aos pais, promotores da capacitação e potencialização de competências na parentalidade, definiram-se como estratégia essencial na promoção de condições facilitadoras na transição do desenvolvimento infantil, indo de encontro a Meleis (2010), para quem a preparação e o conhecimento constituem condições essenciais que podem facilitar ou inibir um processo de transição. Ao longo da consulta considero ainda ter tido um papel importante ao “promover o contacto físico pais/RN” (DR, 2011, p. 8655), preconizado como competência do EESCJ, através da promoção da vinculação pais-bebé na amamentação e da promoção da interação pais-filho.

## 2. Intervenção na criança com 5 anos

A consulta prevista para esta idade prevê a avaliação da criança antes da entrada na escola e inclui a avaliação das competências adequadas para a faixa etária dos 5-6 anos mas também um exame global de saúde, para poder ingressar na escolaridade obrigatória

O “Mário” entra no gabinete de consulta acompanhado pela avó, por a mãe estar a trabalhar, para a consulta médica e de enfermagem. É um menino bem-disposto, sorridente e conversador, que frequenta a pré-primária. Apresentei-me e abordei diretamente o “Mário” e não a avó para conquistar a sua confiança, começando por falar com ele sobre os desenhos animados que mais gosta. Através da conversa, vamos então de encontro a questões que permitem de imediato avaliar algumas competências para esta faixa etária.

O “Mário” gosta de frequentar a escola e tem muitos amigos, com quem brinca e sabe-se que a interação entre as crianças durante as brincadeiras influencia significativamente a aquisição de habilidades motoras e que o pensamento mágico proporciona o desenvolvimento físico, social e mental, pelo que reforcei ao “Mário” a necessidade de manter essas brincadeiras em grupo. Enquanto conversávamos, pedi ao “Mário” que fizesse um desenho dele próprio para perceber se a competência da motricidade fina estava presente, tendo a criança desenhado uma figura humana a brincar com uma bola, com o pormenor de cabeça, tronco, pernas e braços).

Após desenhar o “Mário” ficou irrequieto e começou a passear pelo gabinete pelo que aproveitei para solicitar a construção de 4 degraus com 10 cubos, tendo o “Mário” ficado muito satisfeito por estar ativo em mais uma atividade e que cumpriu sem dificuldades. Com uma tabela de cores, solicitou-se que a criança referisse quais as cores que estavam presentes e o “Mário” conseguiu identificar adequadamente as cores que foram questionadas.

Passou-se à avaliação de dados antropométricos, peso e altura, estando os mesmos dentro do percentil adequado para a idade da criança, com a participação ativa da mesma colocando-se na balança quando solicitado e cumprindo as ordens que eram dadas. Questionou-se entretanto a avó sobre o tipo de alimentação do “Mário”, ao que a mesma referiu ser uma alimentação diversificada, incluindo verduras e peixe, que normalmente as crianças desta faixa etária não apreciam e que o menino já come

sozinho com faca e garfo, necessitando apenas de ajuda para descarcar a fruta e retirar as espinhas do peixe.

O “Mário” entrevistado na conversa e referiu gostar muito de doces mas que a mãe não o deixava comer, tendo sido feito um reforço positivo de que a mãe tem razão pois demasiado açúcar poderá trazer problemas ao longo do seu desenvolvimento, nomeadamente na sua boca e aproveitou-se o momento para verificar a dentição do “Mário”, que estava completa e sem cáries.

Foi então preenchida a ficha de ligação que será fornecida à equipa de saúde escolar e que compreende os tópicos da avaliação de desenvolvimento efetuada, mas também uma avaliação médica. A maior parte dos elementos desta ficha é preenchida pela EESCJ que detém conhecimentos e experiência adequados (OE, 2010) e em seguida a criança é observada pelo médico para efetuar testes de rastreio da acuidade auditiva e visual e confirmar a aptidão da criança em ingressar na escolaridade obrigatória.

A avaliação do desenvolvimento efetuada encontra-se registada sucintamente no quadro seguinte:

	<b>Competência</b>	<b>Resposta</b>
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	Veste-se sozinho(a)	Sim
	Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a)	Sim
	Escolhe o(a)s amigo(a)s	Sim
	Compreende as regras do jogo	Sim
<b>Postura e Motricidade Global</b>	Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados	Sim
	Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros)	Sim Costuma saltar à corda na escola
<b>Visão e Motricidade Fina</b>	Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração	Sim
	Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança)	Sim
	Conta 5 dedos de uma mão	Sim
	Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores	Sim
	Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços).	Sim
<b>Audição e Linguagem</b>	Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento	Sim
	Vocabulário fluente e articulação geralmente correta: Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl).	Sim

No final da avaliação do crescimento e desenvolvimento do “Mário” e antes de a criança ser observada pelo médico assistente e, mais uma vez, indo de encontro ao previsto pelo PNSIJ (DGS, 2013), ocorreu uma conversa com a avó, incidindo em informações sobre as atividades promotoras do desenvolvimento:

- Os familiares devem selecionar os programas televisivos/computador, bem como definir o horário e o período de tempo permitido;
- Não ridicularizar os presumíveis pesadelos ou fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência;
- Proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora;
- Ensinar a recortar e colar formas geométricas de vários tamanhos;
- Incentivar a criança a explicar o significado de palavras simples e para que pergunte as que não conhece;
- Inculcar na criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar nas tarefas domésticas (com supervisão para evitar o risco de acidentes) ou transmitir recados;
- Inculcar regras, impondo limites e ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira);
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade.

Ao longo da consulta foi-se observando a relação emocional da criança com a avó, verificando-se uma relação emocional forte e de carinho com reciprocidade entre os dois. Terminada a consulta de enfermagem, foi encaminhada para a consulta médica e informada que seguidamente teria de ir à vacinação para atualizar o seu calendário de vacinas.

No plano nacional de vacinação em vigor (DGS, 2012), encontra-se preconizado a administração de quinta dose da vacina contra difteria, tetano e tosse convulsa (DTPa), quarta dose da vacina a poliomielite (VIP) e a segunda dose da vacina contra o sarampo, parotidite endémica e rubéola (VASPR), aos 5-6 anos.

A criança despediu-se com um sorriso e quis dar um beijinho de despedida.



## CONTRIBUTOS DA ATIVIDADE PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESCJ

A realização desta atividade contribuiu para treinar a avaliação de competências da criança e para a apropriação de conhecimentos e sensibilização relativamente à avaliação do desenvolvimento nas diferentes faixas etárias, indo de encontro às competências **E1.1.2** e **E3.1.** de EESCJ, que é o enfermeiro que “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (DR, 2011, p. 8655).

Para a realização desta atividade na comunidade o EESCJ tem ao seu dispor instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, nomeadamente a escala de Mary Sheridan, escala que ainda se encontra integrada no SAPE nos processos informáticos nas UCSP e pela qual os enfermeiros se guiam, e materiais para a realização da avaliação.

Nas avaliações apresentadas, foi utilizada a escala de Mary Sheridan modificada por ser a preconizada pelo PNSIJ (DGS, 2013) e pela vantagem da utilização possuir, para além da grelha de observação, que quantifica a avaliação e permite a deteção de perturbações no desenvolvimento (considera-se a existência de uma perturbação quando duas áreas são avaliadas abaixo do esperado para a faixa etária), quadros com cuidados antecipatórios e as atividades promotoras do desenvolvimento infantil, servindo como ‘padrão de referência da normalidade’ e motivando os pais a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos (DGS, 2013), no entanto, quando se aplica esta escala apenas temos informação se a criança tem ou não as competências apropriadas para cada idade.

A descrição das avaliações efetuadas procuraram demonstrar a apropriação de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, através da observação, avaliação dos parâmetros preconizados e de técnicas de comunicação adaptadas a cada estágio do desenvolvimento, mobilizando formas de comunicar com a criança. O meu sentido de análise e de gestão emocional foi também desenvolvido com a participação nas consultas de saúde infantil.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. B. (2002). *A criança e o seu mundo – Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica, um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde - DGS (2011). *Norma N.º 040/2011 - Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/normas-e-orientacoes.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Norma N.º10. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, nº 25, pp. 677-687.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011), 8653-8686.



## **Apêndice XIII**

Construção de diagnósticos e intervenções de  
enfermagem na consulta de preparação para a  
cirurgia



## FUNDAMENTAÇÃO

Desde Florence Nightingale e até à data atual que se considera que os registos de enfermagem são indispensáveis como forma de comunicação escrita e transmissão de informação dos acontecimentos ocorridos, o que permite uma continuidade no cuidar do outro. Para Martins et al. (2008), “é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas (...) contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias” (p. 53) e até a Organização Mundial de Saúde (OMS) reitera a importância dos registos de enfermagem como uma realidade presente em todas as intervenções do enfermeiro e que o “cuidar não dispensa a escrita” (citado por Martins et al., 2008).

Enquanto enfermeiros pretende-se que a nossa atividade profissional seja autónoma e responsável, pelo que é fundamental a construção de diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções que corresponderão a um “agir reflexivo” do enfermeiro no dia-a-dia, em detrimento da intuição ou indicação de outros profissionais de saúde.

No âmbito da consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia os registos de enfermagem são efetuados no Programa *Med Soft* (sistema de gestão de doentes) e em suporte de papel, podendo a informação não ser perceptível ou completa, ser ambígua e traduzir julgamentos de valor ou ainda perder-se ao longo do percurso da criança na instituição. Ao longo do tempo, as tecnologias de informação têm vindo a afirmar-se como indispensáveis para a gestão de múltiplas informações nas organizações de saúde e na área da enfermagem não tem sido exceção, no entanto, a introdução de sistemas de informação informatizados tem sido realizada de forma lenta e é o que acontece no hospital onde decorre a CPC.

Rocha (2012) considera que os registos clínicos informatizados promovem a sistematização e uniformização de procedimentos, numa melhoria da organização do armazenamento das informações de saúde e a OE considera importante a “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p. 1).

As tecnologias de informação em saúde têm-se desenvolvido na procura de melhorar o acesso, o custo, a qualidade de cuidados e potenciando a produção de informação e a acessibilidade dessa informação por diferentes utilizadores, conseguindo-se através destas tecnologias produzir e monitorizar indicadores de qualidade de cuidados e evidenciar o impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (OE, 2001).

Para a monitorização de indicadores de qualidade na CPC e cumprindo os requisitos de uma prática baseada na evidência, os registos deverão contemplar uma terminologia “comum” e classificada para a descrição da prática de enfermagem.

## **PLANEAMENTO**

Para a “construção” de um adequado padrão documental de registos de enfermagem no futuro sistema de informação a introduzir na CPC e considerando este padrão documental como essencial para a documentação dos cuidados de saúde, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, que incidiu nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem e nos focos da CIPE mais representativos da área específica da pediatria. A CIPE é um sistema de classificação para a prática de enfermagem desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros desde 1989, com o objetivo de universalizar a linguagem, evidenciando o papel do enfermeiro no cuidar dos doentes e facultando uma linguagem unificada de enfermagem.

Após a atualização de conhecimentos nesta área foi elaborado um planeamento dos cuidados de enfermagem a desenvolver na CPC que possa constituir o padrão documental no sistema de informação adotado.

## **EXECUÇÃO**

Foi elaborado um planeamento dos cuidados de enfermagem e parametrizadas as intervenções de enfermagem desenvolvidas na CPC, para no futuro poderem operacionalizar na CPC. Assim, em seguida apresentam-se as intervenções autónomas



de enfermagem a realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem e com o objetivo de originar um resultado de enfermagem segundo a terminologia e pressupostos funcionais da CIPE versão 2.

### **1. Diagnóstico de enfermagem:**

Conhecimento comprometido sobre o período peri-operatório da criança/jovem e família

**Ou:** Défice de conhecimento da criança/adolescente e família sobre o período peri-operatório

#### **Diagnósticos associados:**

- Medo da família da anestesia;
- Défice de conhecimento da família sobre medidas de segurança no período peri-operatório

#### **Intervenções de enfermagem:**

- Orientar a criança/jovem e família sobre: período perioperatório
- Verificar o consentimento informado antes da cirurgia
- Ensinar sobre jejum pré-operatório
- Ensinar sobre cuidar da higiene no período pré-operatório
- Informar sobre necessidade de retirar adornos
- Informar sobre necessidade de trazer objetos pessoais e de higiene
- Ensinar sobre importância de trazer objeto significativo/brinquedo preferido
- Explicar vantagens de trazer objeto significativo/brinquedo preferido
- Ensinar sobre medicação pré-anestésica
- Ensinar sobre intervenções farmacológicas para o controlo da dor (ex.: aplicação de penso com anestésico local (EMLA<sup>®</sup>))
- Explicar vantagens da medicação pré-anestésica
- Ensinar sobre formas de indução anestésica
- Informar sobre tipos de anestesia
- Explicar riscos de anestesia
- Informar sobre respostas (possíveis) da criança/jovem à anestesia
- Informar sobre efeitos da anestesia;
- Ensinar sobre (tempo provável para reiniciar líquidos) após a cirurgia;
- Ensinar sobre regime dietético no período pós-operatório;
- Ensinar sobre posicionamento da criança após a cirurgia
- Ensinar sobre controlo da dor no período pós-operatório
- Ensinar família sobre medidas de segurança no período perioperatório
- Descrever período perioperatório (através da visualização de vídeo)
- Fornecer folhetos informativos

#### **Resultados de enfermagem:**

Conhecimento adequado da criança/jovem e família sobre o período perioperatório

## **2. Diagnóstico de enfermagem:**

Medo da criança/jovem da cirurgia

### **Diagnósticos associados:**

- Ansiedade da criança/jovem face à cirurgia
- Risco de angústia de separação (2-4 anos) no período perioperatório
- Risco elevado de medo da criança (4-6 anos) de lesão (corporal)
- Risco elevado de ansiedade da criança relacionado com alteração da imagem corporal no pós-operatório

### **Intervenções de enfermagem:**

- Promover a expressão de sentimentos da criança/jovem
- Escutar a criança/jovem
- Tranquilizar a criança/jovem
- Confortar a criança/jovem
- Deduzir atitude da criança/jovem face à cirurgia
- Identificar medos da criança/jovem
- Divertir a criança/jovem e família
- Explicar a cirurgia
- Informar a criança/jovem sobre a permanência dos pais/pessoas significativas durante o período perioperatório
- Informar a criança/jovem sobre visitas
- Informar a criança/jovem sobre o local da cirurgia
- Promover o contacto da criança com o material hospitalar
- Permitir a manipulação do material hospitalar
- Promover brincadeira lúdica e terapêutica
- Desenvolver intervenções não farmacológicas no controlo da ansiedade/medo/dor nas crianças/jovens (ex.: simulação/modelação)

### **Resultados de enfermagem:**

- Medo diminuído da cirurgia
- Ansiedade diminuída face à cirurgia
- Ansiedade diminuída face à alteração da imagem corporal

## **3. Diagnóstico de enfermagem:**

Risco de ansiedade elevado na família em período perioperatório

### **Intervenções de enfermagem:**

- Informar sobre a duração (provável) da cirurgia
- Explicar diferença entre duração da cirurgia e tempo de bloco operatório
- Descrever unidade de recobro
- Descrever aspeto físico da criança/jovem após cirurgia
- Informar sobre planeamento da alta
- Orientar antecipadamente a criança/jovem e família sobre cuidados no domicílio
- Informar sobre (primeira) consulta após a alta

### **Resultados de enfermagem:**

- Risco de ansiedade diminuído na família no perioperatório

## **Apêndice XIV**

Diagnóstico de necessidades formativas na equipa  
de enfermagem do internamento pediátrico



## NOTA INTRODUTÓRIA

Delineou-se para o contexto de estágio em internamento pediátrico, efetuar um diagnóstico das necessidades formativas no seio da equipa de enfermagem do onde se realizou o estágio, sobre a dimensão emocional dos cuidados, mais concretamente sobre o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e sua família. Para efetuar esse diagnóstico foi elaborado um questionário para aplicação à equipa de enfermagem, com a concordância e validação do mesmo pela enfermeira de referência.

A análise das respostas dadas pela equipa de enfermagem visa a realização de uma ação de formação em contexto de trabalho por forma a adquirir a competência de EE que se responsabiliza “por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Diário da República [DR], 2011, p.8653), atuando como formadora em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros (DR, 2011). O questionário aplicado e a análise às respostas dadas pela equipa de enfermagem apresentam-se em seguida.





**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

---

## **Diagnóstico de necessidades formativas**

---

Dália Cristina Gonçalves Caeiro Reis, nº 4806

Orientação:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Lisboa





Caro(a) colega,

Sou estudante do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a desenvolver um projeto de intitulado: **Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família**, que visa a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança submetida a cirurgia e à sua família.

No sentido de diagnosticar as necessidades formativas sobre o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e sua família, agradeço a sua colaboração no preenchimento de um questionário.

A confidencialidade das respostas será assegurada, razão pela qual não deverá assinar o documento.

Por favor, leia atentamente o questionário e responda a todas as perguntas.

Grata pela sua colaboração!

Atentamente,  
Dália Caeiro Reis

**Para responder às questões fechadas coloque “X” e às abertas preencha os espaços em branco.**

1. Caraterização:

Idade: \_\_\_\_\_ (anos completos)

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Categoria profissional:

☐ Enfermeiro

☐ Enfermeiro Graduado

☐ Enfermeiro Especialista

3. Experiência profissional:

Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_ (anos completos)

Tempo de exercício profissional na área da Pediatria: \_\_\_\_\_ (anos completos)

Formação académica:

\_\_\_\_\_

4. Já frequentou alguma formação sobre a preparação para a cirurgia da criança e sua família?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, refira em que circunstâncias:

☐ Curso de Enfermagem

☐ Curso de Especialização em Enfermagem

☐ Formação em serviço

☐ Outra Qual? \_\_\_\_\_

5. Quais são para si as necessidades emocionais da criança submetida a cirurgia e da sua família?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Na sua prática diária que estratégia de gestão emocional utiliza com a criança submetida a cirurgia e na sua família?

---

---

---

---

7. O Guia orientador de boas práticas da enfermagem de saúde infantil e pediátrica realça as estratégias para diminuir o medo da cirurgia. Gostaria de frequentar uma formação sobre essa temática e da gestão das emoções nos cuidados de enfermagem?

---

---

---

---

8. Considera importante mobilizar os contributos desse guia orientador no seu serviço? Que benefícios poderiam trazer para a melhoria dos cuidados à criança e sua família?

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração!

## ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

O questionário elaborado para efetuar o diagnóstico de necessidades formativas foi entregue no início da segunda semana de estágio a 22 enfermeiros da equipa de enfermagem, tendo sido solicitado a entrega do mesmo preenchido até ao final da terceira semana de estágio.

Dos 22 questionários entregues apenas 14 foram entregues até à data proposta, tendo sido feita a análise que se apresenta em seguida.

- Média de idades dos participantes: 34,12 anos;
- Tempo médio de experiência profissional (em pediatria) dos participantes: 8,26 anos;
- 91,7% (13) do género feminino;
- 3 dos enfermeiros são EESCJ;
- Dos 14 enfermeiros, apenas 3 frequentaram formação sobre preparação para a cirurgia da criança, o que corresponde aos mesmos que são EESCJ, tendo frequentado a formação no contexto académico da especialização em saúde infantil e pediatria.

Para as questões 5 e 6, para uma leitura mais fácil da análise efetuada, foram construídas grelhas com as respostas dadas pelos participantes e o número de registos para cada uma delas.

Opinião da equipa de enfermagem sobre as necessidades emocionais da criança/família	Nº de registos
Medo do desconhecido	4
Informação sobre procedimentos	4
Familiarização com o equipamento	1
Acompanhamento por familiar	2
Gerir o <i>stress</i>	2
Expectativa	1
Ansiedade	2
Controlo da dor	1

Estratégias de gestão emocional utilizadas pela equipa de enfermagem	Nº de registos
Dar espaço	1
Escuta ativa de preocupações sentidas e manifestadas	1
Esclarecimento de dúvidas	5
Informação sobre pré e pós-operatório	6
Desmistificação de medos	1
Acolhimento prévio	1
Cuidados não traumáticos	1
Negociação	1
Presença de pessoas significativas	1
Mostrar disponibilidade	1
Distração com músicas e brinquedos	1
Cativar atenção e confiança	1

A totalidade dos participantes no diagnóstico de necessidades formativas referiu pretender frequentar uma formação sobre a temática, considerando que as estratégias para diminuir o medo da cirurgia são benéficas na minimização da ansiedade e medo do desconhecido, promovendo uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

A análise efetuada permite aferir que os participantes no diagnóstico efetuado efetuam intervenções que vão de encontro às estratégias de gestão emocional preconizadas por Diogo (2015) e de preparação da criança para a cirurgia, embora em conversas informais não tenham manifestado consciência disso e não demonstrem compreender o impacto positivo das suas intervenções no equilíbrio emocional da criança que vai ser submetida a cirurgia.

Após a análise e perante a vontade dos 14 participantes frequentarem uma formação sobre a temática, foi proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho sobre a temática: **Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família.**

A referida atividade e análise reflexiva sobre a mesma encontra-se no apêndice XV.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, aprovado a 29 Maio de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8648-8653.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8653-8686.

## **Apêndice XV**

Sessão de formação - Cuidar de crianças  
submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em  
enfermagem na preparação da criança e sua família





## FUNDAMENTAÇÃO

A nossa sociedade está constantemente a sofrer alterações dinâmicas no sentido da inovação e do progresso, que se refletem na área da saúde, a nível científico e tecnológico, e que não se compadecem com uma estagnação a nível dos conhecimentos e das técnicas da enfermagem, implicando uma atualização contínua dos conhecimentos e saberes dos enfermeiros.

A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, tem nos últimos anos ampliado o seu campo científico, afirmando-se progressivamente como ciência. Assim, torna-se imperativo o investimento na aprendizagem ao longo da vida, mobilizando de conhecimentos, de forma a desenvolverem adequados perfis de competências.

Face ao disposto no artigo 109º do estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República [DR], 2015, pp. 8080), procurando a excelência do exercício profissional e no artigo 96º do mesmo documento é referido que o enfermeiro tem direito “a condições de acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional” (DR, 2015, p. 8077).

No Decreto-Lei nº 473/91, de 08 de novembro, entretanto revogado, começou a referenciar-se que o âmbito da profissão de enfermagem e as características do exercício “fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem (...) [através] de mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua” (Diário da República, 1991, p. 5723).

A formação contínua do enfermeiro em contexto de trabalho adquire, desta forma, uma importância fundamental, permitindo uma reflexão conjunta sobre as práticas e cuidados prestados e tornando-se um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, alertando-os para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual de cada um.

A formação em contexto de trabalho, através de um adequado planeamento visa colmatar as necessidades de formação e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho, através de uma atitude reflexiva em que se associa a ação e a formação (Bártolo, 2007), permitindo a mobilização de conhecimentos e experiências que se tornam facilitadoras de aprendizagem.

## PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

Após a análise ao diagnóstico de necessidades formativas efetuado no seio da equipa do internamento pediátrico, sobre a dimensão emocional dos cuidados em enfermagem pediátrica, mais concretamente sobre o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e sua família (apresentado no apêndice XIV) e perante a vontade manifestada pelos participantes no questionário aplicado em frequentarem uma formação sobre a temática, foi proposta a realização de uma formação em contexto de trabalho intitulada: **Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família**, na última semana de estágio, no dia 10 de fevereiro de 2014, na sala de reuniões do serviço.

Foi elaborado um convite para afixar no serviço (que se apresenta em seguida), com informação da sessão de formação a realizar e qual a data em que se realizaria a mesma e elaboraram-se mais três documentos por forma a dar resposta ao preconizado pelo certificado de competências pedagógicas para o qual estou habilitada: plano de sessão, folha para registo de presenças na formação e folha para avaliação da sessão de formação.

Para a apresentação é utilizado como método o expositivo, para o qual foram elaborados diapositivos utilizando o Microsoft PowerPoint, apresentados neste apêndice seguidamente.

## CONVITE PARA A SESSÃO DE FORMAÇÃO





## PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e sua família		<b>Local:</b> Sala de médicos do internamento pediátrico		<b>Data:</b> 10-02-2014		
		<b>Formador:</b> Dália Caeiro Reis		<b>Duração:</b> 30 minutos		
<b>Destinatários:</b> Enfermeiros do internamento de pediatria						
<b>Objetivos Gerais:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enquadrar a temática em estudo</li><li>• Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional do enfermeiro nas intervenções e relações com o cliente pediátrico e sua família</li><li>• Refletir com a equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados a crianças submetidas a cirurgia</li></ul>						
<b>Atividades / Conteúdos</b>		<b>Duração</b> 🕒	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>		<b>Avaliação</b>	<b>Recursos didáticos / materiais</b>
<b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação do formador</li><li>• Apresentação do sumário</li><li>• Apresentação dos objetivos da sessão</li></ul>		5 minutos	Expositivo	Exposição oral	Diagnóstica	Computador portátil com software Office Powerpoint  Projetor de ecrã
<b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enquadramento teórico da temática</li><li>• Cuidar em enfermagem</li><li>• Trabalho emocional em enfermagem</li><li>• O uso das emoções na prática de cuidados</li><li>• Interações na prática de cuidados</li><li>• Preparação para a cirurgia no internamento</li></ul>		15 minutos	Expositivo	Exposição oral		
<b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese</li><li>• Partilha de experiências e ideias</li><li>• Encerramento da sessão</li></ul>		10 minutos	Ativo	Discussão de ideias coletiva	Formativa	



## LISTA DE PARTICIPANTES / FOLHA DE PRESENÇAS

Designação da ação de formação:

Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a cirurgia da criança e sua família

Data: 10-02-2014

Formação em sala

☐

Horário: 14H às 14:30

Formação em contexto de trabalho

☒

Local: Sala de médicos do internamento de pediatria

	Nome (legível)	Função / cargo	Assinatura
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			


Nome do formador: \_\_\_\_\_

Assinatura do formador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## DIAPPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Diapositivo 1



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria

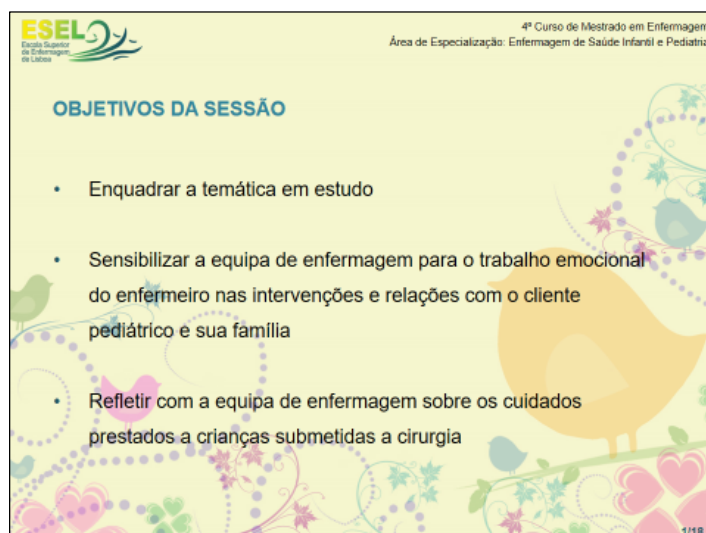
**Cuidar da criança submetida a cirurgia:  
o trabalho emocional em enfermagem na preparação  
para a cirurgia de crianças e suas famílias**

*Dália Caeiro Reis*

Docente orientador: Prof.ª Dra Paula Diogo

Janeiro de 2014

Diapositivo 2



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**OBJETIVOS DA SESSÃO**

- Enquadrar a temática em estudo
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional do enfermeiro nas intervenções e relações com o cliente pediátrico e sua família
- Refletir com a equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados a crianças submetidas a cirurgia

1/18

Diapositivo 3



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**OBJETO DE ESTUDO**

- O trabalho emocional do enfermeiro no cuidar em enfermagem pediátrica, nomeadamente, na preparação da criança para a cirurgia



2/18



Diapositivo 4

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### ENQUADRAMENTO

- A hospitalização e a necessidade de intervenção cirúrgica são sempre experiências estranhas e assustadoras para a maioria das pessoas, especialmente para as crianças, sendo "a experiência da criança submetida a cirurgia programada (...) uma vivência individual, não descurando o binómio criança/família. (...)"
- "A crise da doença e da hospitalização infantil afecta todos os membros da família."
- As respostas emocionais da criança e dos seus pais à hospitalização podem incluir sentimentos de ansiedade, medo, tristeza, solidão, raiva, distorção da imagem corporal e medo, por perda do autocontrolo sobre as funções corporais.

(Teixeira e Figueiredo, 2009, p. 7) <sup>1</sup>

(Wockenberry & Wilson, 2011, p. 661) <sup>2</sup>

(Teixeira e Figueiredo, 2009; Wenstrom, Hallberg e Bergh, 2008; Chando Barnes et al., 1990; Ellerton et al., 1994) <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Teixeira, E. M. D. B. R., Figueiredo, M. C. B. A. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Rev. Referência. II Série* (9), 7-14.  
<sup>2</sup> Wockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (Tradução da 8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.  
<sup>3</sup> Wenstrom, B., Hallberg, L. R., Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 95-105.

3/18

Diapositivo 5

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### ENQUADRAMENTO

- As reações da criança à situação ameaçadora de uma hospitalização são influenciadas por múltiplos fatores:
  - Nível de desenvolvimento da criança;
  - Experiências anteriores com doença e necessidade de cuidados médicos;
  - Quantidade e tipo/qualidade da informação fornecida;
  - Suporte que a criança recebe dos pais.
- "Os pais são a âncora e de importância vital para os filhos em todo o processo. A presença da mãe ou outro familiar significativo e a participação destes nos cuidados à criança, é a melhor forma de tornar o internamento o mais familiar possível."

(Justus, Wyles, Wilson, Rode, Walther e Lim-Sult, 2006) <sup>1</sup>

(Wockenberry & Wilson, 2011) <sup>2</sup>

(Teixeira e Figueiredo, 2009, p. 10) <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., Lim-Sult, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*, 32(1), 35-43.  
<sup>2</sup> Wockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (Tradução da 8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.  
<sup>3</sup> Teixeira, E. M. D. B. R., Figueiredo, M. C. B. A. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Rev. Referência. II Série* (9), 7-14.

4/18

Diapositivo 6

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### ENQUADRAMENTO

- Vários investigadores internacionais têm-se dedicado ao estudo do acompanhamento e participação dos pais nos cuidados das crianças hospitalizadas, sendo unânime a constatação de que a presença dos pais traz benefícios para a criança: aumenta o sentimento de segurança e diminui o stress emocional provocado pela hospitalização.
- Há um reconhecimento pelos enfermeiros que prestam cuidados a crianças de que os sentimentos dos pais são transmitidos aos filhos. As crianças reconhecem os medos e ansiedades dos pais e baseiam a sua própria capacidade de lidar com as situações com a dos seus pais.

6/18

Diapositivo 7

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### ENQUADRAMENTO

- A relação direta entre a ansiedade dos pais e da criança tem sido bem documentada:
  - Estudos realizados por Li e Lam, 2003 <sup>1</sup>; Moro e Módolo, 2004 <sup>2</sup>; Fortier et al. (2010), citado por Fincher, Sahw e Ramelet, 2012 <sup>3</sup> demonstram que a ansiedade dos pais induz ansiedade na criança durante o período pré-operatório.
  - Assim, é importante minimizar a ansiedade dos pais de crianças submetidas a cirurgia numa abordagem de cuidados centrados na família, permitindo aos pais melhorar o seu apoio aos filhos.

(Li & Lopez, 2007) <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Li H, C. W., Lam, H. Y. A. (2003). Paediatric day surgery: impact on Hong Kong chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 882-887.  
<sup>2</sup> Moro, E. T., Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade: a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5), 726-728.  
<sup>3</sup> Fincher, W., Shaw, J., Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), 946-955.  
<sup>4</sup> Li H, C. W., Lopez, V., Lee T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*, 30(3), 329-332.

6/18

Diapositivo 8

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### CUIDAR...

É algo inerente à própria vida...

cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos a autonomia mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

(Collière, 2003) <sup>1</sup>

Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de **envolvimento afetivo** com o outro

(Boff, 2011) <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte de vida*. Lisboa: Lusodidacta.  
<sup>2</sup> Boff, L. (2011). *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Brasil: Editora Vozes.

7/18

Diapositivo 9

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### CUIDAR...

“Cuidar e a dimensão emocional da enfermagem são concepções intrinsecamente relacionadas na atualidade, frequentemente denominadas *the emotional dimensions of caring*”

(Diogo, 2012, p. 63-64) <sup>1</sup>

A dimensão emocional do cuidar encontra-se bem patente para Collière (2003): a “enfermagem incorpora complexidades científicas, artísticas, humanísticas, éticas e técnicas, o que oferece “avenidas” para múltiplas dimensões dos cuidados:

**EMOCIONAL**, estética, intuitiva, física, espiritual...”

(ibidem)

<sup>1</sup> Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia - Rev. de ciências da saúde da ESSCVP*, 4, 2-9.

8/18

Diapositivo 10

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM

- Capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro”  
(Hochschild 1983, p. 7)
- Para Pam Smith (1992) <sup>2</sup> o trabalho emocional é de natureza especializada, deve ser aprendido e exige um grau de controlo. Caracteriza-se pelo contacto facial ou vocal que produz um estado emocional na outra pessoa.
- Diogo (2012) <sup>3</sup> considera-o como a regulação das emoções no exercício da prática profissional do enfermeiro (as suas e as do outro)

<sup>1</sup> Hochschild, A. (1983). The managed heart. Berkeley: University of California Press.  
<sup>2</sup> Smith, P. (1992). The Emotional Labour of Nursing. Houndmills: Macmillan.  
<sup>3</sup> Diogo, P. (2012a). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Lisboa: Lusociência.

9/18

Diapositivo 11



Diapositivo 12





Diapositivo 13

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### INTERAÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS

**Nutrir os cuidados com afeto**

*Promove tranquilidade, bem-estar, alívio do sofrimento, constituindo uma forma de apoio e ajuda.  
Conquista a confiança e procura o desenvolvimento e consolidação da relação terapêutica*

- Dádiva de afeto
  - Espontânea
  - Intencional
- Através de:
  - Sorriso
  - Tom de voz suave
  - Falar amimado
  - Expressões de carinho
  - Olhar meigo
  - Dar colo

(Adaptado de Diogo, 2012)

† Diogo, P. (2012a). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Lisboa: Lusotêcnica.

12/18

Diapositivo 14

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### INTERAÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS

**Gerir das emoções dos clientes**

*Permite a modificação de estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar da criança e família*

**Gestão emocional por antecipação**

- Postura calma e carinhosa
- Mostrar disponibilidade
- Preparar para procedimentos (onde se inclui a preparação para a cirurgia)
- Fornecer explicações/informações
- Favorecer a expressão de sentimentos
- Dar reforço positivo
- Distração

(Adaptado de Diogo, 2012)

† Diogo, P. (2012a). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Lisboa: Lusotêcnica.

13/18

Diapositivo 15

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### INTERAÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS

**Gerir das emoções dos clientes**

**Gestão das emoções reativas**

- Parceria de cuidados
- Esclarecer dúvidas
- Fomentar a esperança
- Fornecer explicações/informações
- Colocar-se ao lado
- Dar carinho
- Diferenciar os momentos
- Desviar o foco de atenção
- Encorajar e restringir

(Adaptado de Diogo, 2012)

† Diogo, P. (2012a). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Lisboa: Lusotêcnica.

14/18

Diapositivo 16

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### INTERAÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS

**Construir a  
estabilidade na relação**

↓

*Permite regular positivamente a  
emocionalidade intensa vivenciada,  
atenuando as disrupções emocionais,  
o que facilita o autocontrolo*

- Envolvimento emocional
  - Proximidade e ligação afetiva
  - Confiança
- Gestão de episódios conflituosos
  - Calma e controlo
  - Dar espaço à expressão
  - Não fazer juízos de valor negativo
- Equilíbrio de poderes
  - Tomada de decisão partilhada
  - Colaboração mútua
  - Participação da criança/família

(Adaptado de Diogo, 2012) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Diogo, P. (2012a). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Lisboa: Lusosciência. 15/18

Diapositivo 17

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

### PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA NO INTERNAMENTO

Promover o acolhimento da criança/família ao internamento explicando regras de funcionamento	Entrevista de avaliação inicial <i>História de dor, Experiência prévia de hospitalização, Sintomas emocionais, Medos</i>	Instruir e treinar sobre escala de avaliação da intensidade da dor
Avaliar os conhecimentos da criança/família sobre o procedimento cirúrgico	Preparar o processo perioperatório <i>Utilizar estratégias de luta contra o medo</i>	Esclarecer dúvidas da criança/família
Incentivar a criança/família a verbalizar dúvidas e medos / Comunicação expressiva de emoções	Instruir a criança sobre estratégias de luta contra o medo	Instruir a criança sobre estratégias de luta contra o medo e os pais estratégias contra a ansiedade

(Adaptado de Enfermeiros, 2012) <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiros, O. B. (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume IIº Ordem dos Enfermeiros (2012a). 16/18

Diapositivo 18

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

*“Quando você cuida de alguém que realmente está precisando,  
você vira um herói.  
Porque o arquétipo de herói é a pessoa que, se precisar,  
enfrenta a escuridão e segue com amor e coragem  
porque acredita que algo pode ser mudado para melhor.”*

Patch Adams



17/18

Diapositivo 19



**AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**Designação da ação de formação:Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na  
preparação para a cirurgia da criança e sua famíliaData: \_\_\_\_\_ Formação em sala ☐Horário: \_\_\_\_\_ Formação em contexto de trabalho ☐

Local: \_\_\_\_\_

Função ou cargo do formando: \_\_\_\_\_

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante pois permite aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas e como podemos melhorar o nosso desempenho em futuras ações de formação.

Por favor, assinale com X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

**Escala de avaliação**

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não aplicável
1	2	3	4	5	N/A

Como avalia:

**1. Ação de formação em geral**

- a. Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades
- b. Adequação da duração da ação
- c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas
- d. Qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas

1	2	3	4	5	N/A

## 2. Conteúdo da ação de formação

- a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual
- b. Qualidade da abordagem ao tema (p.ex., estruturação e nível de profundidade apropriados)
- c. Efetividade da abordagem para alcançar os objectivos delineados
- d. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

1	2	3	4	5	N/A

## 3. Formador

- a. Definição inicial dos objectivos
- b. Domínio demonstrado do tema
- c. Exposição clara e precisa do conteúdo
- d. Motivação e incentivo à participação

1	2	3	4	5

Pontos fortes:

---

---

---

Pontos a melhorar / sugestões:

---

---

---

Nome do formando (facultativo): \_\_\_\_\_



## **AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE E CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESCJ**

Esta atividade não foi passível de se concretizar por motivos inerentes ao contexto de estágio. No dia em que estava previsto a realização da sessão de formação em contexto de trabalho, a senhora enfermeira chefe do serviço foi chamada pelo senhor enfermeiro diretor, para lhe comunicar que iriam ocorrer mudanças nas chefias do departamento de pediatria com efeito imediato, o que gerou no seio da equipa um evento crítico e impediu a realização da formação.

Por não ter sido possível a concretização desta atividade, foi sugerido no turno seguinte à enfermeira de referência o fornecimento de um *dossier* de artigos temáticos (o mesmo que foi fornecido no contexto de estágio de urgência pediátrica), conjuntamente com os diapositivos da sessão que se pretendia realizar visando a partilha de conhecimentos com a equipa através da documentação. Pretendia-se com esta atividade ir de encontro a competências comuns aos EE's, baseando a "praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento" (Diário da República [DR], 2011, p. 8653) e atuando como formador oportuno em contexto de trabalho e favorecendo a aprendizagem (DR, 2011).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(inclui referências bibliográficas de diapositivos de sessão de formação)

- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Cadernos Climepsi de Saúde3.
- Boff, L. (2011). *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. Brasil: Editora Vozes.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Lisboa: Lusodidacta.
- Decreto-Lei nº 437/91 de 08 de novembro (1991). Decreto-Lei nº 437/91, de 08 de novembro. *Diário da República I - Série A, N.º 257 (08-11-1991)*, 5723-5741.
- Diogo, P. (2012a). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2012b). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia - Rev. de ciências da saúde da ESSCVP*, 4, 2-9.
- Fincher, W., Shaw, J., Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 21(7-8), 946-955.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (tradução da 8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., Lim-Sulit, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*. 32(1), 35-43.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República - 1ª série, N.º 181 (16-09-2015)*, 8059-8105.
- Li, H. C. W., Lam, H. Y. A. (2003). Paediatric day surgery: Impact on Hong Kong chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 882-887.
- Li, H. C. W., Lopez, V., Lee T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing & Health*. 30(3), 320-332

- Moro, E. T., Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 54(5), 728-728.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, aprovado a 29 Maio de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011)*, 8653-8686.
- Smith, P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.
- Teixeira, E. M. D. B. R., Figueiredo, M. C. B. A. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Rev. Referência. II Série* (9). 7-14.
- Wennström, B., Hallberg, L. R., Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), 96-106.

## **Anexos**



## **Anexo I**

Programa do IV Encontro de Benchmarking da OE

## IV ENCONTRO DE BENCHMARKING DA OE (11 e 12 de outubro de 2013)

### PROGRAMA

#### 11 DE OUTUBRO

##### 09h00 Sessão de Abertura

##### 09h15 Paineis 1 – BEM-ESTAR E AUTO-CUIDADO

**Moderação:** Ivone Ornelas – Grupo de Trabalho Contra a Dor - HDE - CH Lisboa Central, EPE

- "Preparação para a Cirurgia da Criança e Família realizada pela Enfermeira na Consulta Externa de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia" – Maria Luísa Bandola; Sandra Cristina Faleiro - CH de Lisboa Central, EPE
- "MEDO" em Pediatria: Intervir para Reduzir – Ana Luísa Bastos; Amanda Maria Fernandes; Liliana Pacheco; Raquel Martins da Silva; Sandra Azevedo; Sandra Ferreira - CH do Alto Ave, EPE (Serv. Pediatria)

##### 10h00 Paineis 2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Moderação:** Ana Cristina Pinheiro, ACeS Amadora - USF Venda Nova

- "Estratégias motivadoras na mudança do comportamento alimentar infantil – o registo dos lanches" – João Neves Amado; Maria Clara Braga; Constança Festas Barbosa - Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto
- "Viver melhor – obesidade na adolescência" – Maria de Jesus Fradique; Natalina Cardoso – ULS Castelo Branco (Serviço Pediatria)

##### 11h15 Paineis 3 – ADAPTAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

**Moderação:** Maria Amélia Monteiro, presidente da MCEESIP

- "Processo de adaptação à Insuficiência Renal Crónica: Do diagnóstico ao Transplante Renal" – Fátima Margarida Couto; Maria de Fátima Alves – CH do Porto (Serviço de Internamento de Pediatria Médico-Cirúrgico)
- "Inclusão escolar de Crianças com Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – Projeto: Tutoria de Pares" – Luís Sá, João Neves Amado; Maria Clara Braga, Constança Festas Barbosa - Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto
- "Ensinos aos pais da criança com doença crónica hospitalizada na UCI Pediátrica" – Pedro Jácome de Sousa - CH de Lisboa Central (HDE - UCI Pediátrica)

##### 12h20 Conferência – Modelo de desenvolvimento Profissional - Que contributos do Enfermeiro ESIP

Francisco Mendes – Coordenador Nacional da Estrutura de Idoneidades da OE

##### 14h30 Paineis 4 – PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

**Moderação:** Paula Godinho Lopes, Consulta Externa - HDE - CH Lisboa Central, EPE

- "Intervenção Precoce" – Leonel Oliveira – ACeS Góvado + Braga – ELI Precoce Colina Assuagens
- "Telefonia de Acompanhamento Pós-alta à Criança e Família" – Ana Moreira; Dália Coelho; Maria Isabel Gonçalves - Hospital da Luz (Internamento de Pediatria)

- "Sinalização/encaminhamento de crianças maltratadas ao NHACJR do HGO, em contexto de Urgência" – Fátima Prior; Célia Pereira; Ana Paula Figueiredo - Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (Urgência Pediátrica)

##### 15h45 Paineis 5 – A SATISFAÇÃO DA CRIANÇA E JOVEM

**Moderação:** Maria Arminda Monteiro, secretária da MCEESIP

- "Grupos de Ajuda Mútua: Proposta de um Modelo de Intervenção Promotor de Esperança" – Zaida Charepe
- Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa
- "Projeto de melhoria contínua do Cuidados de Enfermagem - Foco atenção Dor - em contexto de Urgência Pediátrica/Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos / Internamento de Pediatria" – Marta Galveia Gomes; Cláudia Florêncio, Maria de Fátima Figueira; Maria do Rosário Lobo, Maria de Lurdes Pereira Almeida - CH de Lisboa Ocidental EPE- HSFX: Internamento de Pediatria, Serv de Urg Pediátrica
- "Adaptação intercultural da escala Nurse Parent Support Tool (NPST) para a realidade portuguesa" – Sandra Valadão - Hospital de Santo Espírito (Terceira) - Unidade Tratamento Pediátrica
- "Estudo sobre a aplicabilidade da escala FLACC-R/PT e a prevalência da dor nas crianças com multideficiência" – Vera Mendes – CHUC - Hospital Pediátrico de Coimbra - Serviço de Cirurgia e Queimados e UITHP

##### 17h15 - Encerramento dos trabalhos

#### 12 DE OUTUBRO

##### 9h15 Paineis 6 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**Moderação:** José Carlos Nelas, secretário da MCEESIP

- "O Enfermeiro de Referência no Cuidar a Criança/Adolescente e Família com Diabetes" – Júlia Alexandre, Purificação Amibas; Sandra Sousa – CHA - Hospital de Faro, EPE (Dept. Materno-Infantil, Serv. Pediátrico (UIP))
- "Criação de Protocolo de Triagem em Urgência pediátrica: Estruturar/normalizar a triagem na UP" – Maria de Fátima Figueira; Maria do Rosário Almeida - CH de Lisboa Ocidental (HSFX - Serv de Urgência Pediátrica)
- "Parametrização dos Registos de Enfermagem na sala de reanimação do serviço de urgência pediátrica" – Fernanda Loureiro; Inês Seródio - CH de Setúbal, E.P.E (Serv Urg Pediátrica)
- "Networking em Saúde Infantil: construir caminho, encurtar distâncias" – Maria Manuela Bastos; Andrea Oliveira; Maria Lúcia Fonseca - CH do Porto, EPE

##### 11h30 Conferência – "Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil"


Barbara Menezes – Direção Geral de Saúde

##### 13h00 Encerramento dos trabalhos

## **Anexo II**

Ficha de candidatura para o IV Encontro de  
Benchmarking da OE





## IV Encontro de Benchmarking do CEESIP

Partilhar conhecimentos e experiências para melhor Cuidar  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica \*

11 e 12 de outubro de 2013 – Lisboa

### Ficha de Candidatura para o Encontro de Benchmarking

<b>Designação do Projeto / Experiência de Sucesso:</b>  Telefonema de Acompanhamento Pós-alta à Criança e Família.
<b>Autores [nome, membro n.º]</b> (O autor principal deverá ser Enfermeiro Especialista em SIPI):  Ana Margarida Fonseca Moreira, membro n.º 5-E-46392 Dália Caeiro, membro n.º 5-E-43060 Isabel Rodrigues Gonçalves, membro n.º 5-E-03258
<b>Instituição / Serviço:</b>  Hospital da Luz / Piso 2 HA – Internamento de Pediatria
<b>Objetivos do Projeto:</b>  Promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, no internamento de Pediatria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar e acompanhar os cuidados prestados à criança, no domicílio, após alta clínica;</li> <li>- prevenir e detectar precocemente recidivas e/ou complicações pós-alta;</li> <li>- orientar para cuidados a ter em futuras situações semelhantes;</li> <li>- avaliar os cuidados de enfermagem prestados à criança e família, durante o internamento;</li> <li>- avaliar e promover a satisfação parental relativamente ao atendimento no internamento de Pediatria;</li> <li>- contribuir para a fidelização da criança e família.</li> </ul>
<b>Descrição do Projeto</b> (opções estratégicas adotadas, recursos utilizados, dificuldades encontradas e forma como foram ultrapassadas)  <p>A hospitalização de uma criança representa desafios únicos, quer para a criança, quer para os pais e família. Por outro lado, a nova filosofia de cuidados pediátricos, defende cada vez mais, períodos de hospitalização reduzidos, e enfatiza os benefícios da transferência dos cuidados para o domicílio, o que resulta na alta hospitalar numa fase de recuperação intermédia, ainda com necessidade de cuidados e vigilância.</p> <p>Como consequência, verifica-se, ainda, a diminuição do tempo disponível para a preparação da alta, o que pode aumentar o risco de complicações e readmissões hospitalares.</p> <p>Assim, a participação parental nos cuidados à criança, durante a hospitalização, numa filosofia de parceria efectiva, favorece a preparação para a alta e, assim, a segurança e confiança dos pais na prestação de cuidados no domicílio. No entanto, muitas dúvidas podem surgir, já em casa, sem a presença e o suporte contínuo do enfermeiro, pelo que qualquer intervenção que favoreça uma transição saudável e eficaz estará inscrita numa prática de cuidados de qualidade, que conduza à satisfação e ao reconhecimento profissional.</p> <p>A transição da criança e família da situação de hospitalização para o domicílio implica, de facto, que estes tenham uma participação activa nos cuidados, para a qual necessitam de informação e apoio, pois exige a aquisição de conhecimentos e competências que possibilitem enfrentar e resolver os problemas do dia-a-dia. Mas, se esta orientação e suporte é essencial, no que se refere à preparação para a alta, a sua continuidade durante o período de transição é, igualmente, fundamental.</p> <p>De facto, a Parentalidade surge como foco integrante do Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem constituindo, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, um dos focos mais sensíveis aos cuidados de enfermagem.</p> <p>É neste contexto que surge o presente projecto, numa perspectiva e desejo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no internamento de Pediatria, do Hospital da Luz, S.A., enquadrando-se no Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Assim, tendo em conta os enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este projecto está relacionado com: a Satisfação da Criança/Jovem; a Promoção da Saúde; a Prevenção de Complicações; o Bem-estar e o Autocuidado; e a Adaptação às Condições de Saúde.</p> <p>O Hospital da Luz é um hospital jovem com condições estruturais que fazem a diferença face a outras organizações de saúde, que</p>



## IV Encontro de Benchmarking do CEEESP

Partilhar conhecimentos e experiências para melhor Cuidar  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

11 e 12 de outubro de 2013 – Lisboa

fez um grande investimento em recursos físicos, materiais e humanos, mas que, como qualquer outra instituição, necessita de manter uma postura de procura contínua de processos de melhoria da qualidade dos cuidados que presta aos clientes que a procuram, integrando os conceitos e valores que estão na base da missão que definiu. Por este motivo o seu lema é "Ser bom não chega".

O telefonema de enfermagem de acompanhamento pós-alta surge, de acordo com a evidência científica, como um instrumento útil para dar resposta à problemática identificada, de uma forma eficaz, simples e pouco dispendiosa, permitindo fazer a ligação entre o serviço de internamento e o domicílio.

De facto, considera-se que este projecto se enquadra na ambição assumida pelo Hospital da Luz, que tem como visão "Ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e inovação".

A nossa ambição resultou na implementação de um telefonema de acompanhamento pós-alta a criança e família no internamento de Pediatria do Hospital da Luz, como estratégia para dar resposta à problemática de partida, que favorecerá a reflexão sobre a prática e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no internamento de Pediatria, contribuindo significativamente para a satisfação dos clientes.

As chamadas terão por base um guião orientador do contacto telefónico, com o objectivo de nortear e uniformizar a condução da chamada. Este documento é apenas orientador da condução do telefonema e instrumento de registo, não constituindo um questionário. Este inclui itens relacionados com a avaliação da criança, os cuidados prestados, e dúvidas sobre os mesmos, bem como a satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento.

Nesta primeira fase os contactos telefónicos são efectuados consoante o preenchimento da ficha de contacto construída para ser preenchida no momento da alta da criança e após o consentimento informado dos pais sobre o projecto, onde deverão constar os dados necessários para a realização dos telefonemas de forma mais correcta e personalizada. Esta ficha permitirá, ainda, o acesso ao processo clínico informatizado da criança no momento do telefonema. Posteriormente ambiciona-se a introdução destes instrumentos no aplicativo informático SOARIAN instituído no hospital, constituindo um item da lista de avaliações, da página de documentação do processo clínico da criança. O instrumento já foi adaptado para o efeito, entregue à Equipa de Sistemas de Informação e posteriormente discutido, estando-se a aguardar apenas a sua operacionalização.

O contacto será efectuado preferencialmente pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e Pediatria, ou por outro enfermeiro da equipa, sempre que a relação preferencial estabelecida durante o internamento o justifique.

O telefonema será efectuado a todas as crianças cujo internamento seja responsabilidade da Equipa Médica Pediátrica (médica e/ou cirúrgica), com alta para o domicílio, cujos pais tenham possibilidade de contacto telefónico e deem consentimento prévio para tal.

Os contactos são efectuados todos os dias úteis, das 10 às 20h, a partir do dia seguinte ao da alta, o mais precocemente possível. Através deste projecto, o triunfo é a satisfação pessoal enquanto enfermeiros existe, como reflexo do bem-estar e satisfação que podem ser proporcionados, constituindo um projecto exequível, que se considera ir de encontro às expectativas e necessidades dos clientes e que trará sem dúvida ganhos em saúde para as crianças e pais que nos procuram.

No entanto, vivenciaram-se algumas dificuldades relacionadas com: a incapacidade de realizar os telefonemas de acompanhamento pós-alta, dada a prioridade na execução dos cuidados directos aos clientes internados; as oscilações no número de internamentos de Pediatria; e a demora na resposta relativamente à introdução dos instrumentos de registo do telefonema no aplicativo informático. Relativamente aos primeiros pontos, estes foram solucionados a partir do momento em que o enfermeiro especialista em SIP autor do Projecto passou a efectuar um horário rotativo diurno, que permitiu uma melhor monitorização e manutenção do projecto.

### Principais resultados obtidos

O projecto iniciou-se de forma efectiva no dia 1 de Janeiro de 2013, estando neste momento a proceder-se ao tratamento dos dados obtidos ao longo do primeiro semestre de implementação do mesmo.

### Outras informações que julgue pertinentes sobre o projeto

Foi dado conhecimento do presente Projecto à Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente aos Gestores do Programa de Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Julho de 2012.



## **Anexo III**

Certificado de experiência formativa no IV Encontro  
de Benchmarking da OE





## CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Certifica-se que

**DÁLIA CRISTINA GONÇALVES CAEIRO**

Membro n.º 43050 desta Ordem, participou no **IV ENCONTRO DE BENCHMARKING** do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, no dia 11, em Lisboa, no Auditório do Complexo Escolar Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, coautora da comunicação livre:

**Telefonema de Acompanhamento Pós-alta à Criança e à Família**

Coautores:

**"ANA MARGARIDA FONSECA MOREIRA (apresentada por)**

Lisboa, 12 de outubro de 2013.

P<sup>a</sup> A Comissão Organizadora

Enf.ª Maria Amélia Monteiro

A Presidente da Mesa do Colégio de Especialidade  
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



## **Anexo IV**

Programa do Iº Encontro de Enfermeiros de  
Neonatologia da área de Lisboa



## FLYER DO PROGRAMA DO 1º DE ENCONTRO ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

(15 e 16 de novembro de 2013)



**1º Encontro Enfermeiros  
de Neonatologia da Área de Lisboa**  
**Cuidar para o desenvolvimento**  
Lisboa, 15 e 16 de Novembro de 2013

Audatório Edifício Escolar  
Hospital São Francisco Xavier



programa

---

**sexta-feira, 15 de Novembro**

**08h00** | Abertura do Secretariado  
Acolhimento aos participantes

**08h30** | Mesa Redonda  
**ACOLHER E PROMOVER A PARENTALIDADE**  
moderadora: Olga Vasconcelos  
dinizadores: Elsa Gonçalves e Graça Vinagre  
Acolher na UCIN - Promover a Qualidade para Cuidar com Excelência  
CHL, Hospital Dona Estefânia  
preletor: Cristina Friaças  
Promovendo a Parentalidade - Hospital Garcia de Orta  
Manuel Rodrigues Alves

**09h30** | **SESSÃO DE ABERTURA**

**10h00** | Pausa

**10h30** | Mesa Redonda  
**CUIDAR NO QUOTIDIANO**  
moderador: Manuel Cunha  
dinizadores: Teresa Oliveira Marçal e Rosário Martins  
Cuidados ao RN com Enterostomias - A Conceção e a Operacionalização  
de um Projeto Inovador na UCIN do HDE - Hospital Dona Estefânia  
preletor: Sofia Nuno  
Promoção do Sono do Recém-Nascido - Hospital Fernando da Fonseca  
preletor: Ana Isabel Gregório Fernandes  
Alimentação Oral Positiva: A Intervenção de Enfermagem na Capacitação  
Parental  
preletor: Lúcia Cardoso Marques

**13h00** | Pausa  
(não inclui almoço de trabalho)

**14h30** | Mesa Redonda  
**GERIR A DOR E O SOFRIMENTO**  
moderador: Ivone Ornelas  
dinizadores: Arminda Monteiro, João Paulo Nunes  
Cuidar na Dor: Vivências e Desafios na Unidade de Neonatologia - CHLC, MAC  
preletor: Sara Grande  
Cuidar e Apoiar no Luto - CHLO, HSF Xavier  
preletor: Joana Mendes Branquinho

**15h30** | Apresentação e Discussão de Poster



**1º Encontro Enfermeiros  
de Neonatologia da Área de Lisboa**  
Cuidar para o desenvolvimento  
Lisboa, 15 e 16 de Novembro de 2013

Auditório Edifício Escolar  
Hospital São Francisco Xavier



programa

## sábado, 16 de Novembro

**08h30** | Apresentação e discussão de posters

**09h30** | Mesa Redonda  
**PLANEAR UMA NOVA ETAPA**  
moderadora: Dulce Cachata Gonçalves  
dinamizadores: Isabel Malheiro, Rita Ventura  
**Preparar a Ida para Casa - CHLN-HSM**  
preletor: Liliana Pombeira  
**Vamos para Casa e Agora? Necessidades dos Pais/Respostas dos Enfermeiros**  
Hospital Garcia de Orta  
preletor: Ana Luisa Tomás

**11h00** | Pausa

**11h30** | Mesa Redonda  
**APOIAR NA COMUNIDADE**  
Testemunhos de Associações com Intervenção Comunitária  
Associação Palmo e Meio  
preletor: Liliana Silva  
Associação XXS  
preletor: Paula Guerra

**12h30** | Entrega de Prémios de Posteres  
Encerramento

programa



## **Anexo V**

Certificado de experiência formativa no Iº Encontro  
de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa

## CERTIFICADO DE PRESENÇA

### 1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA CUIDAR PARA O DESENVOLVIMENTO

15 e 16 de Novembro de 2013

DÁLIA CRISTINA GONÇALVES CAEIRO esteve presente no 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, que decorreu no Auditório do Edifício Escolar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, no Hospital de S. Francisco Xavier, com duração de 11 horas.



A COMISSÃO ORGANIZADORA

ASSINATURA

ASSINATURA

Enfermeiros Responsáveis  
Área de Lisboa